Concentrons nos ÉNERGIES !

Trouble déficit de l'attention / hyperactivité
Plan d'action et de formation

Québec

Concentrons nos ÉNERGIES !

Trouble déficit de l'attention / hyperactivité
Plan d'action et de formation

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Mauricie et
Centre-du-Québec

Février 2005

Document produit par la Direction des services sociaux de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Rédaction :	M. Bertrand Dubé
Coordination :	Mmes Danielle Couture et Jocelyne Tremblay
Mise en page et traitement de texte :	Mme Carole Germain

Dépôt légal – 1er trimestre 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89340-117-1

L'acronyme CLSC (centre local de services communautaires) utilisé dans ce document possède, à ce jour, une nouvelle appellation du nom de Centre de santé et de services sociaux. Lors des ententes conclues ainsi que de la rédaction de ce dernier, cette nouvelle appellation n'était pas encore effective. Veuillez donc prendre en considération cette spécification.

Document disponible sur le site Web de l'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec : www.agencesss04.qc.ca

Reproduction totale ou partielle autorisée, avec mention de la source.

106-06044/

Remerciements

Vous retrouverez ci-dessous la liste des collaborateurs à la réalisation de ce document. Nous les remercions tous pour l'intérêt qu'ils ont manifesté à l'amélioration des services aux enfants en trouble du déficit de l'attention/hyperactivité et leurs familles.

Les membres du comité aviseur

M^me^ Annie Bazinet et M^me^ Marie-Paule Crichlow	Association Panda Drummondville
M^me^ Nathalie Cauchon	Direction régionale du ministère de l'Éducation de la Mauricie et du Centre-du-Québec
M. Marc Coulombe	Centre de santé de l'Énergie
M^me^ Esther Desrochers	CLSC Suzor-Coté
M^me^ Manon Desruisseaux	Service de soutien et d'expertise régional du ministère de l'Éducation de la Mauricie et du Centre-du-Québec
M^me^ Diane Doucet	Centre de santé Les Blés d'or
M. Bertrand Dubé	Coordination du comité
M^me^ Line Massé	Université du Québec à Trois-Rivières Département Psychoéducation
M^me^ Jacqueline Toutant	Association Panda Trois-Rivières Métro
M^me^ Jocelyne Tremblay	Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

La forme masculine dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Table des matières

Remerciements 3
Introduction 7
Contexte d'élaboration 9
Les éléments de réussite 11
Portrait régional de services offerts 13
Plan d'action régional 17
Actualisation de programmes d'intervention multidimensionnelle 21
Déploiement d'un plan de formation des intervenants 23
Conclusion 27
Bibliographie 29
Bibliographie sélective 31

Les annexes

Annexe 1 Rôle du comité aviseur 39
Annexe 2 Le plan d'action 2004-2005 41
Annexe 3 La problématique TDA/H 43
Annexe 4 Évaluation multidisciplinaire 45
Annexe 5 Suivi systématique 53

Introduction

Dans la perspective de vouloir continuellement s'améliorer pour mieux desservir les jeunes et leurs familles, l'Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et la Direction régionale du ministère de l'Éducation de la Mauricie et du Centre-du-Québec vous proposent un plan d'action régional *Concentrons nos énergies.* Ce dernier respecte les orientations préconisées dans le plan national. De plus, il tient compte de l'organisation de services déjà existante et des initiatives de certaines instances locales qui ont élaboré des procédures multidisciplinaires d'évaluation des jeunes présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H). En se basant sur des approches gagnantes, il propose un modèle intégrateur des pratiques d'évaluation et d'intervention. Il veut susciter la mobilisation autour d'actions à préconiser auprès des enfants, des parents, des médecins ainsi que des intervenants des milieux scolaires, de la santé et des services sociaux. Celui-ci pourra servir de référence à un modèle d'organisation de services dans les instances locales. Un comité aviseur composé de différents acteurs oeuvrant auprès de cette clientèle a validé, tout au long des travaux, le contenu de ce document (vous trouverez en annexe les rôles du comité aviseur).

En lien avec les orientations ministérielles, le plan d'action régional détermine deux niveaux d'intervention. Il vise, premièrement, à soutenir le déploiement de services d'évaluation et d'intervention multidimensionnelle continus dans le temps. En deuxième lieu, l'objectif est de rendre accessible une formation aux intervenants des réseaux ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) et ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) selon leurs tâches et fonctions auprès de l'enfant TDA/H et de sa famille.

Dans ce document, vous retrouverez un portrait synthèse régional de l'offre de service auprès des enfants TDA/H et leur famille, les besoins de services à combler, un modèle de procédure d'évaluation systématique, un plan de formation favorisant un suivi rigoureux ainsi qu'un plan d'action régional.

Contexte d'élaboration

Le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux rendaient public, en juin 2000, le plan d'action sur le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité TDA/H, dans un document intitulé *Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes*. Ce plan d'action national est le fruit d'une réflexion et des recommandations d'un groupe d'experts ayant produit le *Rapport du comité conseil sur le trouble du déficit de l'attention /hyperactivité et sur l'usage des stimulants du système nerveux central*.

Ce rapport dresse les principales mesures d'action pour guider les régions dans le développement de leur planification stratégique pour cette clientèle :

- suivre l'évolution des connaissances et s'assurer la diffusion;
- soutenir le personnel en regard de l'évaluation, du diagnostic, de l'intervention et du traitement;
- favoriser l'accès aux ressources et la concertation des interventions;
- soutenir les parents.

Parmi les mesures annoncées, certaines apportent un soutien direct au travail des régions, entre autres, par la diffusion d'un document de soutien à la formation sur le TDA/H. Ce plan d'action national nous sert d'assise pour l'élaboration du plan d'action régional.

Le plan d'action régional *Concentrons nos énergies* s'inscrit dans une démarche de concertation MEQ/MSSS, ce qui signifie que les actions préconisées s'actualiseront à la fois dans le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux. Il représente également l'exemple concret d'implantation de la nouvelle entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes* (2003).

Afin de soutenir le déploiement de services au sein des instances locales, il nous semble essentiel que des conditions de réussite soient présentes pour maximiser les succès. Ces éléments de réussite proviennent du document de soutien à la formation : connaissances et interventions (Conseil des médecins du Québec (CMQ) et Ordre des psychologues du Québec (OPQ), 2001). Ils sont d'autant plus pertinents puisqu'ils s'inscrivent dans l'approche d'intervention multidimensionnelle préconisée par l'ensemble des experts dans le domaine.

Les éléments de réussite

Dans la perspective d'une meilleure implantation du plan d'action régional, le comité aviseur a sélectionné des éléments de réussite incontournables pour une mise en place efficiente de notre plan d'action. Ces éléments de réussite sont :

- *Viser la concertation des ressources*

Les récentes recherches sur le TDA/H insistent beaucoup sur l'aspect multidisciplinaire du traitement. Elles rapportent une forte corrélation entre la concertation et l'efficacité d'une intervention. De même, plus l'intervention s dresse aux différents milieux de vie du jeune, meilleure sera l'intégration de nouveaux schèmes de comportements.

- *Connaître ce qu'est un TDA/H ainsi que ses limites*

Dans bien des cas, l'enfant présentant cette problématique veut accomplir ce qu'on lui demande, mais n'y arrive pas, car il n'a tout simplement pas la capacité de répondre aux exigences. On doit l'aider à comprendre sa situation et ses limites.

- *Intervenir à long terme*

Le TDA/H est une condition chronique qui ne se résorbera pas après une courte intervention. L'enfant qui manifeste ce trouble aura besoin d'encadrement et de soutien pendant une période de temps pouvant s'échelonner sur plusieurs années.

- *Choisir le traitement le plus approprié au jeune*

Bien des facteurs entrent en jeu dans le choix du traitement. Les relations qui existent entre le milieu familial et le milieu scolaire, les difficultés éprouvées par le jeune, la présence ou non de troubles associés et autres sont tous des facteurs influant sur le choix du traitement. Pour que l'intervention soit des plus efficaces, il faut aussi prévoir simultanément différents moyens afin de toucher plus d'un aspect de la vie du jeune. L'intervention multidimensionnelle peut comporter une médication en plus de mesures thérapeutiques psychosociales tant à la maison que dans son milieu scolaire.

- *Évaluer la progression fréquemment*

L'évaluation des progrès devrait se faire de façon périodique, constante et selon des mesures standardisées. Ainsi, si les interventions ne sont pas efficaces, on peut procéder aux modifications nécessaires dans un court laps de temps et la motivation de tous, celle du jeune en particulier, risque moins d'être diminuée. Une attention particulière doit être portée aux effets secondaires possibles de la médication.

- *Intervenir de façon prévisible et constante*

Il est primordial que les interventions soient connues d'avance par le jeune et qu'elles soient constantes, durables, fiables et présentes dans toutes les situations de vie du jeune. Le jeune apprend que, dans toute situation, la conséquence à un comportement donné reste la même.

Portrait régional de services offerts

Notre région est en pénurie d'effectifs médicaux tant pour les omnipraticiens, les pédiatres que les pédopsychiatres. Cette situation engendre des listes d'attente dans les services spécialisés et les services de première ligne. En milieu scolaire, les modalités d'organisation de service ne favorisent pas toujours l'intensité des services. Dans beaucoup de cas, les jeunes et leur famille font face au syndrome de la porte tournante afin d'obtenir de l'aide. Ce constat génère un stress supplémentaire au sein du système familial.

Afin de mieux saisir régionalement les forces et les besoins, nous avons consulté les chefs de programmes Enfance/Jeunesse/Famille des territoires de CLSC et l'ensemble des professionnels (psychoéducateurs, psychologues) du milieu scolaire.

Un bref résumé de la situation régionale vous est présenté dans le tableau ci-dessous.

Forces de la région

Évaluation	• Dans tous les CLSC on retrouve des services psychosociaux de base (évaluation, intervention, suivi). • Pour deux CLSC et une commission scolaire, il existe un programme de suivi systématique pour les enfants en : - trouble du déficit de l'attention/hyperactivité - trouble du comportement - trouble d'apprentissage. • Pour un autre CLSC et une commission scolaire, on retrouve un programme de procédure d'évaluation multidisciplinaire.
Services aux jeunes	Dans 55 % des CLSC de la région, des services psychoéducatifs (suivi individuel plus intensif) sont offerts.
Services aux parents	Dans tous les CLSC on retrouve également la mesure de soutien à la famille (de répit dépannage et gardiennage). Elle doit s'inscrire dans un plan d'intervention. Celle-ci est offerte aux parents dont l'enfant présente la problématique TDA/H. • Dans plus de la moitié des territoires, les CLSC offrent des programmes pour parents d'enfants défiant l'autorité parentale (PEDAP) et PEPS.
	• Un CLSC dispense un programme de thérapie de groupe spécifique aux parents d'enfants TDA/H.
	• Dans 27 % des CLSC et une commission scolaire un programme éducatif de développement d'habiletés parentales spécifique est offert aux parents d'enfants TDA/H basé sur le programme Barkley.
	• Les organismes communautaires Parents partenaires de Trois-Rivières et Parents Aptes à Négocier le Déficit de l'Attention (P.A.N.D.A.), pour Trois-Rivières et Drummondville, diffusent les activités suivantes : - cafés rencontres mensuels, - conférences et ateliers sur différents aspects touchant la problématique, - ligne info-conseil, - documentation, - site Internet : http//www.pandatr.com - rubriques mensuelles dans un « publipostage », - camps de répit, de fin de semaines spécialisées pour TDA/H à la base de plein air Centre Normand Léveillé de Drummondville, - programme d'estime de soi parent/enfant, offert par PANDA Drummond.

Besoins de la région

Évaluation	• Assurer la mise à jour des connaissances sur le TDA/H. • Diffuser des pratiques exemplaires au plan de l'évaluation. • Augmenter les actions concertées, structurées entre les réseaux (santé, services sociaux et éducation) pour l'évaluation et l'intervention. • Améliorer les connaissances du processus pour arriver à une évaluation plus juste et éclairée du TDA/H et, surtout, pour éviter un mauvais diagnostic. • Recenser le nombre d'enfants ayant un diagnostic de TDA/H. • Augmenter le nombre de médecins, de pédiatres ayant l'expertise, l'intérêt et la disponibilité pour répondre aux demandes d'évaluation et de suivi médicaux pour cette clientèle. • Orienter les jeunes vers les services les plus pertinents afin de désengorger les services de santé spécialisés (pédiatrie, pédopsychiatrie). • Avoir accès à des services de santé spécialisés, lorsque nécessaire (pédiatrie, pédopsychiatrie).
Services aux jeunes	• Assurer la mise à jour des connaissances sur l'approche d'intervention multidimensionnelle. • Mettre en place des suivis psychoéducatifs et psychosociaux et assurer un mécanisme de suivi long terme auprès du jeune et de sa famille. • Actualiser une démarche de plan d'intervention incluant des mesures de soutien à l'enfant, aux parents et à l'enseignant. • Créer des services spécifiques pour les enfants et les adolescents TDA/H. • Augmenter le soutien clinique pour les intervenants de la santé et des services sociaux et de l'éducation en rapport avec la problématique.
Services aux parents	• Augmenter leurs connaissances de la problématique TDA/H et des procédures de référence, d'évaluation et d'intervention. • Offrir, dans l'ensemble des territoires de CLSC, des programmes de développement d'habiletés parentales et de soutien continu dans le temps. • Favoriser la communication entre les parents, les intervenants scolaires et les intervenants de la santé et des services sociaux. • Faciliter l'accès aux ressources disponibles.

Le plan d'action régional s'inscrit dans les orientations du plan d'action national et il définit les mesures suivantes : suivre les connaissances et en assurer la diffusion; soutenir le personnel au regard de l'évaluation, du diagnostic, de l'intervention et du traitement; favoriser l'accès aux ressources et la concertation des interventions et, finalement, soutenir les parents.

Ce plan d'action régional cible deux volets de services : le volet évaluation et le volet actualisation de programmes d'intervention multidimensionnelle. Il servira aussi à réaliser un plan de formation afin de mieux desservir les jeunes et leurs familles.

Procédures d'évaluation

Le modèle de procédures d'évaluation s'inspire des pratiques innovatrices de certains territoires de CLSC de notre région. Ce modèle favorise, d'une part, le déploiement de services en fonction du degré de difficulté manifesté par l'enfant et sa famille et, d'autre part, l'actualisation des services d'évaluation et d'interventions préventives ou curatives.

Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec ont diffusé des lignes directrices concernant l'évaluation du trouble du déficit de l'attention/ hyperactivité. Nous aurions avantage à encourager cette procédure. Ce document souligne que, pour établir un diagnostic, le TDA/H repose sur l'observation d'un ensemble de comportements (CMQ et OPQ, 2001). Au cours du processus de diagnostic, des évaluations psychosociales et psychométriques sont recommandées afin que le médecin puisse avoir un portrait global des capacités intellectuelles, du fonctionnement scolaire de l'enfant et du fonctionnement familial. Le médecin peut ainsi juger, à la suite de son examen médical, de la pertinence de recourir à d'autres évaluations complémentaires pour préciser le diagnostic ou les interventions recommandées. Un travail multidisciplinaire facilite alors le processus d'évaluation et l'application des interventions choisies. Les parents et le milieu scolaire sont parties prenantes du processus de collecte de données sur les comportements de l'enfant.

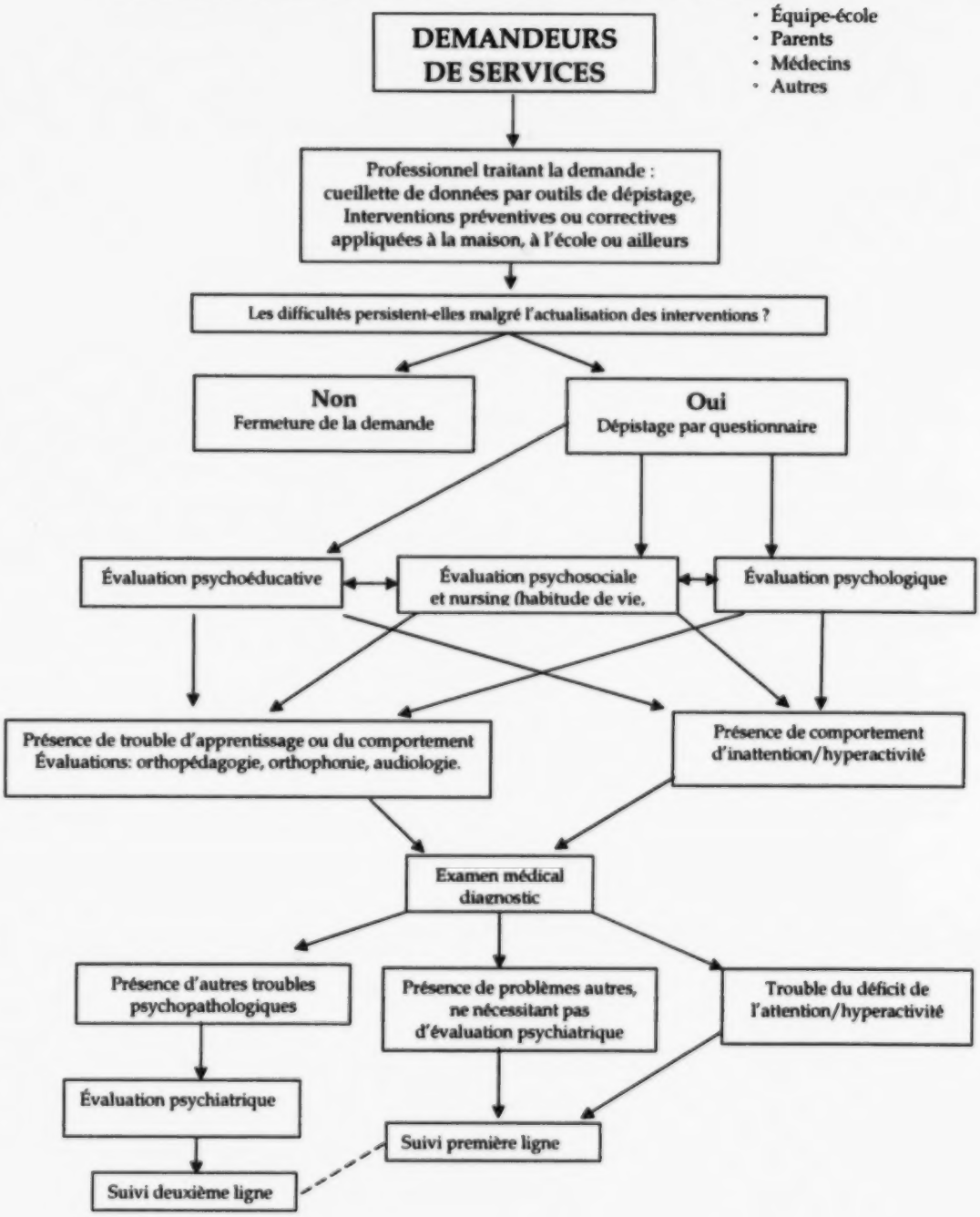
Certains CLSC de notre région ont développé des mécanismes de collaboration allant parfois jusqu'à des procédures clairement définies, pour l'évaluation des enfants TDA/H. Afin de mieux connaître ces mécanismes, nous vous suggérons de consulter, en annexe, les tableaux utilisés par l'équipe du territoire du Centre de santé de l'Énergie et ceux utilisés par les territoires des CLSC Suzor-Coté et de l'Érable.

Des démarches s'effectueront au cours de l'année 2004-2005, afin de pouvoir utiliser le site Internet de la Clinique de l'attention de l'Hôpital Rivière-des-Prairies pour favoriser la collecte de données lors du processus d'évaluation de l'enfant. Les acteurs (parents, enseignants, psychoéducateurs, intervenants psychosociaux, psychologues, médecin, etc.) oeuvrant auprès de l'enfant, pourront remplir les fiches d'évaluation et les

transmettre par le biais du site Internet. Bien entendu, l'aspect confidentialité sera assuré par un code d'entrée différent pour chaque utilisateur.

Le modèle d'évaluation proposé dans le plan régional ne définit pas les responsabilités des partenaires, car ce travail doit plutôt se faire sur une base locale de concertation au sein des réseaux locaux, comme les organisations citées plus haut. Cependant, il est suggéré qu'une personne de référence soit nommée pour assurer la coordination du processus, peu importe la porte d'entrée de la demande (cliniques privées, CLSC, écoles). À titre d'exemple, cette personne peut être celle qui reçoit la demande.

MODÈLE DE PROCÉDURE D'ÉVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE



On suggère que le processus d'évaluation multidisciplinaire débute par une cueillette de données effectuée par le professionnel recevant une demande de services. Elle permet, dès le début du processus, d'orienter la ligne à suivre. Au cours de cette étape, si des éléments suscitent un questionnement important sur l'impact des stresseurs environnementaux sur la présence des symptômes comportementaux chez l'enfant, la procédure d'évaluation est orientée premièrement par un questionnaire de dépistage. Lorsque les réponses au questionnaire révèlent des indices significatifs, on poursuit par des évaluations psychosociales, psychoéducatives, psychologiques et nursing afin d'éliminer certaines hypothèses. Ces évaluations doivent préciser la nature des symptômes et l'influence de l'environnement sur les manifestations. Si l'évaluation psychologique confirme un déficit de l'attention, la procédure suivra la voie de droite (présence de comportement d'inattention/hyperactivité). Le médecin reçoit les évaluations et procède à l'examen médical. L'enfant qui manifeste une pathologie de santé mentale en absence de résultats psychométriques de troubles de l'attention pourrait être alors orienté vers une évaluation en pédopsychiatrie. L'orientation du suivi de l'enfant et de sa famille dépend du type de trouble de santé mentale et de la gravité du problème.

Lorsque les évaluations (psychosociales, psychologique, etc.) ne démontrent pas de stresseurs environnementaux importants pouvant susciter l'apparition de symptômes d'inattention/hyperactivité, l'enfant peut être orienté vers des évaluations complémentaires (orthopédagogique, orthophonique, audiologique). Ces évaluations complémentaires servent à discriminer s'il y a présence de trouble d'apprentissage, du langage, de l'audition ou de trouble de comportement. Dès que les intervenants soupçonnent des difficultés occasionnées par des problèmes physiologiques, les résultats sont acheminés vers le médecin qui procède alors à l'examen médical. La présence ou l'absence de troubles comorbides (physique ou psychiatrique) déterminera la nécessité d'évaluations en deuxième ligne et l'orientation du suivi. Rappelons que Biederman et ses collègues (1996) ont démontré dans leur recherche que la comorbidité psychiatrique est le facteur de prédiction de la persistance du trouble. Le dépistage précoce des troubles comorbides chez l'enfant TDA/H s'avère donc essentiel pour l'identification des stratégies d'interventions préventives.

La vigilance doit être augmentée lorsque nous évaluons un adolescent avec des difficultés comportementales. Un jeune qui n'a pas été dépisté durant l'enfance a rarement un motif de référence d'agitation à l'adolescence. Il est reconnu que les adolescents ont tendance à sous relater les symptômes du TDA/H en entrevue (Smith, William et Gnagy, 2000). Les motifs de consultation les plus courants sont : difficulté de concentration, fatigue cognitive, troubles du sommeil, troubles relationnels avec les pairs et troubles de comportements antisociaux. L'adolescent manifestera le plus souvent des troubles de lecture, de la dépression/anxiété/attaques de panique, des troubles de motricité et des problèmes de toxicomanie (Quinn, 1997).

Actualisation de programmes d'intervention multidimensionnelle

L'évaluation n'est que le début de l'orientation à prendre pour fournir des services à l'enfant et à sa famille. L'ensemble des recherches actuelles priorise une intervention multidimensionnelle incluant un volet médical, un volet familial (enfant, parent) et un volet scolaire. La prévention des difficultés associées au TDA/H passe par l'implantation de mesures permettant de développer les mécanismes de protection pour éviter l'aggravation des difficultés des enfants TDA/H et leur famille. Ces mécanismes sont décrits comme étant « l'établissement de relations significatives avec les adultes et les pairs, le développement d'habiletés cognitives et sociales de l'enfant, la qualité du soutien social, la chaleur parentale, la cohésion familiale, une supervision adulte appropriée et un environnement d'apprentissage qui tient compte des vulnérabilités de ces enfants » (Charlebois, 2000).

Actuellement, sur nos territoires, les programmes d'intervention existants sont de faible intensité et de courte durée. On a tendance à référer les parents à un groupe d'entraide en guise de relais à l'intervention. Certains enfants et leurs parents profiteront d'un suivi plus soutenu dans le temps si leur dossier contient un plan d'intervention (PI) ou un plan de services individualisé (PSI). Cependant, on constate que l'intervention long terme et la révision du plan d'intervention n'est pas une pratique courante dans les organisations de première ligne. Il est donc nécessaire de pallier à ce besoin de continuité.

Ce besoin de continuité pourrait être comblé, en partie, par l'utilisation du site Internet interactif utilisé lors de l'évaluation. Les acteurs (parents, enseignants, psycho-éducateurs, intervenants psychosociaux, psychologues, médecins...) intervenant auprès de l'enfant pourraient y intégrer des notes d'observation. Des contacts téléphoniques hebdomadaires sont recommandés pendant le premier mois de l'intervention, ainsi que des temps de rappel post-intervention pour les enfants et les parents au cours des deux premières années, pour évaluer le besoin de service auprès de la famille. L'intervenant principal dans le dossier pourrait être chargé d'assurer les services post-intervention.

Dans le cadre de l'intervention médicale, le médecin, dans sa proposition de traitement, doit tenir compte que chaque décision est individualisée en fonction de l'ensemble des symptômes, du degré de leurs répercussions, de l'amélioration à cibler et de l'acceptation de la médication par les parents. Le médecin s'assure que les parents et le patient reçoivent l'information appropriée sur les effets positifs de la médication, sur les effets secondaires possibles et sur les conséquences probables de la non-intervention médicamenteuse. La médication ne doit pas se substituer aux autres mesures susceptibles d'aider l'enfant ou l'adolescent, notamment, l'aide éducative, l'aide dans le raffinement des stratégies cognitives, le soutien aux apprentissages, l'adaptation des différents milieux de vie ou l'arrêt d'une situation qui compromet le bien-être de l'enfant.

A la suite d'un diagnostic de TDA/H, l'enfant ou l'adolescent et sa famille doivent pouvoir bénéficier de mesures thérapeutiques psychosociales pour surmonter les difficultés et répondre aux besoins relevés lors de l'évaluation. Tout comme la *médication, les mesures psychosociales ne guérissent pas* le TDA/H, mais elles peuvent aider à en réduire les symptômes et à prévenir l'apparition des problèmes associés au trouble. Le processus d'évaluation est très important pour proposer les modalités d'intervention qui s'avéreront les plus bénéfiques pour l'enfant et sa famille.

L'approche multidimensionnelle signifie que l'on utilise une combinaison de plusieurs approches auprès du jeune :

- système d'émulation et modification du comportement,
- thérapie cognitive,
- relaxation,
- interventions visant à pallier l'inattention,
- interventions visant à améliorer les capacités d'organisation,
- moyens visant à limiter l'inattention,
- interventions visant à limiter l'agitation,
- interventions visant à diminuer l'impulsivité et à améliorer le comportement en général,
- interventions visant à améliorer l'estime de soi,
- interventions visant à améliorer les habiletés sociales.

Pour en connaître davantage sur ces approches, il est suggéré de se référer au *Document de soutien à la formation : connaissances et interventions (MEQ, MSSS, 2003).*

En général, lorsqu'il y a une intervention auprès du milieu familial ou scolaire, celle-ci comprend de l'information sur le trouble, de l'éducation et du soutien. Dans certains programmes, l'intervention cible l'apprentissage d'habiletés parentales, la résolution de conflits et la gestion des comportements en classe. L'intervention auprès des parents se fait principalement en groupe et celle auprès des enseignants se fait à la fois en groupe et en individuel. L'efficacité du maintien des acquis s'accroît avec l'intensité et la durée de l'intervention.

Au-delà de ces modalités d'interventions, il est important de nommer une personne de référence pour assurer la coordination entre les acteurs (parent, médecin, CLSC, école). Le soutien à long terme est un élément important pour prévenir l'essoufflement des personnes intervenant auprès de ces enfants.

Déploiement d'un plan de formation des intervenants

L'évaluation des besoins chez les intervenants des réseaux de la santé et des services sociaux et du réseau de l'éducation nous permet de constater la nécessité de former les intervenants. Plusieurs intervenants des deux réseaux n'ont que des connaissances très sommaires de la problématique. Ces savoirs peuvent varier d'une profession à une autre et d'un individu à un autre à l'intérieur de la même profession. Considérant que les recherches des dernières années ont amené plus de précision sur les facteurs de risque et de protection et sur l'efficacité des différentes modalités de traitement, il nous apparaît nécessaire de rendre accessibles les informations aux intervenants dans le but de favoriser un travail concerté et efficace autour de l'enfant et de sa famille. Une meilleure connaissance de ce trouble permettra à l'intervenant d'être plus vigilant dans ses interventions auprès de l'enfant et de sa famille lorsqu'il soupçonne que l'enfant présente des symptômes d'hyperactivité/inattention. Un meilleur savoir des modalités d'intervention contribuera à la mise en place des mesures adaptées pour venir en aide à l'enfant et sa famille.

Il est à considérer que l'enfant TDA/H rencontrera des intervenants de plusieurs milieux tout au cours de sa vie. Souvent, le premier intervenant à signaler un problème sera l'enseignant. Ce dernier référera l'enfant par la suite à un ou plusieurs professionnels pour une évaluation ou un suivi. Les intervenants les plus fréquemment interpellés seront les éducateurs, les psychoéducateurs, les infirmières, les psychologues, les intervenants psychosociaux et les médecins. Divers autres professionnels seront également sollicités dans le dossier : les orthopédagogues, les orthophonistes, les audiologistes, etc. Tous seront invités à utiliser un langage commun pour mieux arrimer leurs interventions. Tous les intervenants de première ligne auront accès à une formation de base conjointe sur la problématique. Un nombre restreint de médecins, d'infirmières, de psychologues, d'intervenants psychosociaux, de psychoéducateurs et des professionnels du milieu scolaire ainsi que les enseignants recevront un savoir uniforme sur la problématique et les moyens d'intervention les plus efficaces. Cette formation sera dispensée par une équipe régionale de formateurs qui assurera une relance après quelques mois de mise en place des mécanismes de suivi. Pour les autres milieux, soit les centres de la petite enfance (CPE), les services de garde en milieu scolaire et les services de loisirs, des intervenants psychosociaux des équipes enfance en CLSC seront habilités à les soutenir en proposant une formation adaptée à leurs besoins.

Ainsi, le premier bloc de formation est un tronc commun qui sera offert aux intervenants de CLSC et des milieux scolaires. Cette formation vise à améliorer les connaissances et la compréhension du TDA/H et à les initier aux procédures d'évaluation multidisciplinaire. Après ce premier déploiement, une formation plus spécifique sur les modalités d'intervention multidimensionnelle sera proposée à quelques intervenants de CLSC et du milieu scolaire. Ces formations permettront d'augmenter la disponibilité du service d'évaluation et les chances d'intervenir précocement auprès de cette clientèle.

Il s'avère important d'arrimer nos services aux recherches en cours actuellement. Comme le mentionne Line Massé dans un devis de recherche sur l'intervention auprès des jeunes TDA/H :

> *« Les enseignants et les intervenants psychosociaux peuvent jouer un rôle crucial pour l'adaptation et la réussite des élèves. En effet, plusieurs recherches démontrent que parmi les interventions les plus efficaces pour améliorer les comportements des élèves présentant un TDA/H, figurent les interventions éducatives effectuées en classe et les techniques de modifications de comportement (Baer & Nietzel, 1991; Pace et al., 1999; Stage & Quiroz, 1997). Les stratégies éducatives sont d'ailleurs celles qui produisent le plus d'impact au plan éducationnel, c'est-à-dire sur les résultats scolaires ou les tests de performance (Purdie, Hattie et Carroll, 2002). Dans une récente étude, Cohen et al. (1999) observent un écart important entre les pratiques identifiées comme exemplaires et celles qui sont utilisées régulièrement dans les classes. Cette situation serait en partie attribuable aux croyances (Bender et al., 1995) et aux connaissances parfois insuffisantes et souvent incorrectes des enseignants par rapport à ce problème (Couture et al., 2003). La formation des enseignants et des intervenants psychosociaux en regard de la connaissance du trouble, de son évaluation et de son traitement, s'avère donc une voie à privilégier pour améliorer les pratiques auprès des élèves TDA/H. C'est d'ailleurs ce que cible le cadre d'action sur le TDA/H des ministères de l'Éducation et de la Santé et services sociaux (2000) ».*

Une formation des intervenants de première ligne contribuera à une meilleure connaissance du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité. De plus, cela favorisera la réduction des perceptions stéréotypées et des préjugés défavorables à l'endroit des jeunes TDA/H et de leur famille. Le plan de formation se trouve à la page suivante (voir tableau I).

Les fondements de notre plan de formation s'appuient sur un devis de recherche du professeure Line Massé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. De plus, la formation régionale s'inspirera du Document de soutien à la formation sur le TDA/H produit par le MEQ et le MSSS (2003) et d'un Guide d'intervention sur le TDA/H à l'intention des enseignants développé par deux chercheures (Massé et Lanaris) dans le cadre d'une recherche-action et de l'enseignement par compétences.

Tableau 1
Plan de formationTDA/H
2005-2006

FORMATION	OBJECTIFS	CLIENTÈLE	NOMBRE HEURES
FORMATION TRONC COMMUN	Améliorer les connaissances et la compréhension du trouble du déficit de l'attention/ l'hyperactivité. Initier les intervenants aux procédures d'évaluation multidisciplinaire du trouble du déficit de l'attention/ hyperactivité.	Des professionnels oeuvrant auprès des 0-17 ans des deux réseaux. Intervenants ciblés : omnipraticiens, pédiatres, pédopsychiatres; psychoéducateurs, psychologues, infirmières et autres intervenants psychosociaux scolaires les directeurs d'école des niveaux primaire et secondaire. Intervenants du Centre jeunesse MCQ	7 heures
FORMATION SPÉCIFIQUE Réseau de la santé et services sociaux	Initier les intervenants au modèle d'intervention multidimensionnelle auprès de l'enfant TDA/H et sa famille.	Intervenants pour enfants 5-12 ans : omnipraticiens, pédiatres, pédopsychiatres; éducateurs spécialisés, infirmières, psychoéducateurs, psychologues ainsi que les intervenants psychosociaux. Intervenants du Centre jeunesse MCQ	7 heures
FORMATION SPÉCIFIQUE Réseau de l'éducation	Initier les intervenants à l'intervention multidimensionnelle en milieu scolaire afin de mieux soutenir l'élève TDA/H, son enseignant et sa famille.	Intervenants pour enfants 5-12 ans : Psychologues, psychoéducateurs et autres intervenants concernés.	7 heures
FORMATION SPÉCIALISÉE Réseau de la santé et services sociaux et de l'éducation	Familiariser les professionnels à des outils d'évaluation et d'interventions spécifiques au TDA/H ainsi qu'à des outils d'évaluation pour dépister les problèmes associés.	Professionnels pour enfants 5-12 ans des deux réseaux réalisant des évaluations.	14 heures
SUIVI DE FORMATION TRIMESTRIEL DURANT PREMIÈRE ANNÉE	Partager les difficultés d'implantation du programme multidimensionnel. Convenir de modifications à apporter.	Psychoéducateurs, psychologues et autres intervenants psychosociaux concernés.	3 heures trimestriellement

Conclusion

Le plan d'action régional proposé offre un cadre qui permettra une meilleure harmonisation des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Ce plan supportera l'intervention auprès des jeunes et leurs familles. Les actions mobilisatrices préconisées permettront d'arrimer l'offre de service à cette clientèle. Ces actions ne doivent pas être perçues comme un alourdissement du système, mais plutôt comme des moyens pour enrichir l'offre de service par l'orchestration de la diversité des pratiques, de l'expertise et de la complémentarité déjà existante entre les deux réseaux.

Dans le plan, l'évaluation et l'intervention précoce sont des moyens privilégiés pour la prévention des troubles associés chez les enfants TDA/H. La création d'un cadre d'intervention favorisant le développement ou la préservation des facteurs de protection permettra de réduire l'impact de ce trouble sur le développement de l'enfant. En misant sur la qualité des relations avec l'adulte et les pairs, ainsi que les situations de réussite, nous permettons à l'enfant de se percevoir positivement plutôt que de développer l'impression « *qu'il est un échec* » à cause des difficultés qu'il vit. En leur offrant des moyens pour mieux s'adapter à leurs conditions, nous les préparons à mieux faire face aux exigences croissantes de la vie.

Bibliographie

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (2001). Allons à L'essentiel : L'offre minimale de services de base Famille/Enfance/Jeunesse en CLSC, Montréal, Publication de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, p. 70.

Baer, R., & Nietzel, M.T. (1991). Cognitive and behavioural treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 400-412.

BARKLEY, R.A., FISCHER, M., SMALLISH, L., FLETCHER, K., (2002). The persistence of attention deficit hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of the disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 11(2), p. 279-289.

BIEDERMAN, Joseph et al., (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD In: Adolescence. Results from a four-years Prospective follow-up Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35 (3), p. 343-351.

BRETON, J.J., L., Valla, J.P., & Berthiaume, C. (1994). Prévalence des troubles mentaux. Dans J.P. Valla et al. : Enquête québécoise sur la santé des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Rapport de synthèse (p. 19-45). Montréal : Hôpital Rivière-des-Prairies, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

BUSCH, B., Biederman, J., Glasser Cohen, L., et al., (2002). Correlates of ADHD among children in pediatric and psychiatric clinics, *Psychiatric Services*, September, 53 (9), p. 1103-1111.

Centre de Psychoéducation du Québec (2003). Les programmes de développement des habiletés sociales du C.P.E.Q. : Programme de développement des habiletés sociales et des habiletés d'autocontrôle chez les enfants de 2 à 4 ans (Brindami).
www.centrepsed.qc.ca/programmes.asp.

CHARLEBOIS, P. (2000). La prévention des problèmes associés au déficit d'attention avec hyperactivité. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (Éds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents , Tome II Les problèmes externalisés*.(p. 69-113). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec (2001). Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage des stimulants du système nerveux central : Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec, Montréal, Collège des médecins du Québec. 26 p.

Hôtel-Dieu d'Arthabaska, CLSC-CHSLD de l'Érable, Commission scolaire des Bois-Francs, Les Centres jeunesse de la Mauricie et Centre-du-Québec, secteur Bois-Francs, CLSC Suzor-Coté, Table de concertation enfance-jeunesse-famille des Bois-Francs (2003). Démarche de suivi systématique au regard d'un jeune présentant un trouble d'apprentissage, un trouble de comportement ou un trouble de déficit d'attention/hyperactivité.

JOHNSON, J.H., Reader, S.K., (2002) Assessing Stress in Families of Children with ADHD : Preliminary Development of disruptive Behavior Stress Inventory (DBSI). *Journal of clinical psychology in medical settings*. Vol. 8, p. 51-62
http//www.adhdinc.com/assessing_adhd_family_stress.htm

LAPORTE, P. (2004). Définition lors de sa présentation au 72e congrès de l'ACFAS (10-12 mai) 2004 à Montréal : Colloque sur le TDA/H : Développements en santé et en éducation. Définition tirée de : Hallowell, E.M., Ratey, J.J., 1992; Barkley, R.A., 1995; Chesapeake Institut, Washington, D.C. 1997; Lavigueur, S., 1998; Desjardins, C.I., Groulx, M.; Vivre le primaire, Vol. 16, no. 2, février 2003, AQETA-AQEP.

MASSÉ, L. (2004) Devis de recherche : Impact d'un programme de formation sur la problématique des élèves TDAH et d'un groupe d'analyse des pratiques sur les croyances et les pratiques des enseignants. Projet de recherche présenté au CRSH.

Ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Trouble de déficit d'attention/hyperactivité, Agir ensemble pour soutenir les jeunes, Document de soutien à la formation : connaissances et interventions. Québec : Gouvernement du Québec. p. 137-155.

Ministère de l'Éducation (2003). Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes, Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation.

Purdie, N., Hattie, J., & Carroll, A. (2002). A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder : What works best ? *Review of Educational Research*, 72 (1), 61-99.

QUINN, P.O., (1997). Attention deficit disorder : Diagnosis and Treatment. In : *Infancy to Adulthood*, (Éds.) Bristol, PA : Brunner/Mazel, p. 93-118.

SMITH, B. H., WILLIAM, E. P. Jr., GNAGNY, E., al. (2000). The reality, validity, and unique contributions of self-report by adolescents being treated for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, vol. 68, p. 489-499.

Stage, A. A., & Quiroz, D. R. (1997). A meta-analysis of interventions to decrease disruptive classroom behaviour in public education setting. *School Psychology Review*, 26, 333-368.

TOURIGNY, Marc et al., (2002). Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec : Rapport final juin 2002, Montréal, CLIPP, p. 216.

Informations générales

Barkley, R.A. (sous la dir. de) (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (2e édition). New York: Guilford Press. **(* Le livre le plus complet à ma connaissance).**

Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-control.* New York: Guilford Press.

Collège des médecins du Québec & Ordre des psychologues du Québec. (2001). *Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec.* Montréal : Collège des médecins du Québec.

Desjardins, C. (1992). *Ces enfants qui bougent trop ! Déficit d'attention/hyperactivité chez les enfants.* Montréal, Québec : Les Éditions Québécor.

Dubé, R. (1992). *Hyperactivité et déficit de l'attention chez l'enfant.* Boucherville, Québec: Gaëtan Morin Éditeur.

Falardeau, G. (1997). *Les enfants hyperactifs et lunatiques* (Édition revue et augmentée). Montréal, Québec : Le Jour Éditeur.

Floyd, J. (1988). *Vers une meilleure écoute : une approche théorique et pratique.* Sainte-Foy : Éditions Saint-Yves.

Lavigueur, S. (1998). *Ces parents à bout de souffle : Un guide de survie à l'intention des parents qui ont un enfant hyperactif.* Montréal, Québec : Les Éditions Québécor.

Massé, L. (1999). Le déficit de l'attention/hyperactivité. Publié dans *Troubles psychopathologiques de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrée.* Boucherville, Québec : Gaëtan Morin. hyperplan.pdf (976 ko, 19-4001 - TDAH - Plan d'action), Publication 2000.

Ministère de l'Éducation (2000). *Plan d'action concernant les élèves présentant le trouble de déficit d'attention hyperactivité.* Québec : Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation. (hyperplan.pdf; adresse: http://www.meq.gouv.qc.ca/dassc/difficulte.html).

Ministères de l'Éducation et de la Santé et des Services sociaux (2003). *TDAH, Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, Document de soutien à la formation : Connaissances et interventions.* Québec : Gouvernement du Québec, Auteurs. (http://WWW.meq.gouv.qc.ca/dassc/cd-tdah/index.html).

Ministères de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux et de la Famille et de l'Enfance (2000). *Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage des stimulants du système nerveux central.* Québec : Gouvernement du Québec, Auteurs. (hyperrap2000.pdf, adresse : http://WWW.meq.gouv.qc.ca/dassc/pageadapt.html).

Ministères de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux et de la Famille et de l'Enfance (2003). L'hyperactivité et les problèmes d'attention chez les jeunes – Soyons Vigilants. Québec : Gouvernement du Québec, Auteurs (adresse : http://www.msss.gouv.qc.ca/f/sujets/TDAH/TDAH.html).

Numéro spécial sur le trouble déficit d'attention/hyperactivité. (1992). *PRISME, 3* (2).

Pelletier, E. (2000). *Déficit d'attention sans hyperactivité : compréhension et interventions.* Outremont, Québec : Québécor.

Piffner, L. J. (1996). *All about ADHD: The complete practical guide for classroom teachers.* New York: Scholastics Professional Books.

Pliszka, S.R., Carlson, C. L., & Swanson, J. M. (1999). *ADHD with Comorbid Disorders.* New York: Guilford Press.

Robin, A. L. (1998). *ADHD in Adolescents..* New York: Guilford Press.

Sauvé, C. (1997, 2000). *Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit d'attention* (Collection Parents). Montréal : Les Éditions de l'Hôpital Ste-Justine.

Shown, D. H. *Pourquoi je n'arrive pas à me concentrer.* Pointe-Claire, Québec : Advanced Healthcare Strategies Inc. (1000 boul. St-Jean, suite 325, Pointe-Claire (Québec) H9R 5P1.)

Thomas, J., & Willems, G. (1997). *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant : approche neurocognitive.* Paris : Masson.

Outils diagnostiques

Acchenback, T.M., et Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile.* Burlington, Vt. : Thomas A. Achenback.

American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition). Paris: Masson.

Bourassa, M. et Morin-Grenier, N. (1982). *Grille d'observation et d'analyse des comportements personnels et sociaux de l'élève, Formule d'aide à l'élève qui rencontre des difficultés, Bilan fonctionnel et plan d'action.* Québec : Direction générale du développement pédagogique, document no 16-7516-11a, 2e partie.

Bullock, L.M., et Wilson, M.J. (1992). *Échelle d'évaluation des dimensions du comportement (EDC), Fiche d'évaluation* , (Traduit par la Commission scolaire la Jeune Lorette). Québec: Commission scolaire de Québec.

Conners, C. K. (1997, 2000). *Échelle de Conners pour les parents – révisée : Version brève* (CPRS-R :S, traduit par J. Renaud, P. Oligny et S. Robinson). NY : MHS.

Conners, C. K. (1997, 2000). *Échelle de Conners pour les enseignants – révisée : Version brève* (CTRS-R :S, traduit par J. Renaud, P. Oligny et S. Robinson). NY : MHS.

Coulombe, M. (2003). Évaluation multidisciplinaire pour le TDAH. Shawinigan, Québec : Commission scolaire de l'Énergie. (Disponible par Internet à l'adresse suivante : http://www.csenergie.qc.ca/Enseignants/RessourcesComplementaires/Documentation/EvaluationMultidisciplinaire.pdf).

Levine, M.D. (1980). *The Anser System.* Cambridge, Mass. : Educators Publishing Service.

Otis, R., Langlois, G., Fortin, L., & Hogue, L. Grille d'observation pour la classification et la description des comportements sociaux et d'attention à la tâche des élèves. *(Publié dans* L'observation systématique des comportements *de la Série École et comportements, p. 29-30 : observ92.pdf, http://www.meq.gouv.qc.ca/dassc/difficulte.html).*

Samuels, S. K., & Sikorsky, S. (1998). Clinical evaluations of school aged children. *Sarasota, FL: Professional Resource Press.*

Sattler, J. M. (1992). *Assessment of children* (Rev. and updated 3rd ed.). San Diego, ca : J.M. Sattler.

Traitements

Armstrong, T. (2001). *Déficit d'attention et hyperactivité, Stratégies pour mieux intervenir en classe.* (Traduction et adaptation de Gervais Sirois). Montréal, Québec : Chenelière/McGrawHill.

Association Canadienne des troubles d'apprentissage. (1991). *Amis : programme récréatif de développement des habiletés sociales.* Ottawa : Auteur.

Barabé, D., Labranche, L., Laflamme, J., Lavoie, C., & Vautour, L. (1999). *Élèves en déficit d'attention : guide d'intervention de l'enseignant.* Québec : Commission scolaire de l'Énergie. (Disponible par Internet à l'adresse suivante : http://www.csenergie.qc.ca/Enseignants/RessourcesComplementaires/Documentation/EleveDeficitAttention.pdf).

Bash, M.A.S. & Camp, B.W. *Think Aloud : Increasing Social and Cognitive Skills - A Problem-Solving Program for Children - Classroom Program Grades 5-6.* Champaign, Illinois 61821 : Research Press.

Braswell, L., et Bloomquist, M.L. (1991). *Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD Children: Child, Family and School Interventions.* New York : Guilford Press.

Bougeon, C., & Quaireau, C. (1997). *Attention et réussite scolaire.* Paris : Dunod.

Camp, B. W. & Bash, M. A. (1981). *Think Aloud, Increasing Social and Cognitive skills. A Problem Solving Program for Children Primary Level.* Champaign, Illinois : Research Press.

Caron, A. (2001). *Programme Attentix : Un outil innovateur d'assistance pédagogique. Montréal :* Chenelière/McGrawHill.

Chabot, M., & Pomerleau, C. (2002). *Guide d'observation et pistes d'intervention à l'intention de l'enseignant(e).* Terrebonne, Québec : Les Éditions du Pied-de-Vent. (161 Carré de la Baie, Terrebonne, Québec, J6W 5R7, tél. : (450) 964-0277, télécopieur : (450) 964-0277, courriel : pdv@sympatico.ca).

Charlevois, P., Gauthier, J., & Rajotte, A. (2003). *Stratégies psychoéducatives pour enfants hyperactifs, inattentifs et autres.* Montréal : Éditions Brault et Bouthillier.

Chevalier, N., & Girard-Lavoie, A. (2000). *La gestion de l'attention : un programme d'éducation à l'attention à l'usage des enseignant(es) du premier cycle du primaire.* Montréal : UQAM- Services aux collectivités. (Commande : par téléphone au 514-987-3000, poste 3177 ; par télécopieur au 514-987-6845 ; par Internet, http://www.unites.uqam.ca/sac/pub/liste_publications.html).

DeGaetano, J. G. (1999). *Attention, j'écoute : Activités pour développer la compréhension des consignes verbales.* Montréal : Chenelière/McGrawHill.

Desjardins, C., Groulx, M., & Lavigueur, S. (1999). *Protocole pour aider à mieux intervenir auprès des élèves pouvant présenter un déficit d'attention/hyperactivité.* Ottawa, Ontario : Centre franco-ontarien des ressources pédagogiques.

Doyon, M., & Archambault, J. (1988). *Apprendre ça s'apprend ! La méthodologie du travail intellectuel.* Montréal, Québec : Commission scolaire de Montréal.

DuPaul, G. J., & Stoner, G. D. (1994). *ADHD in the schools : Assessment and intervention strategies.* New York: Guilford Press.

Esa, E. (1990). *À vous de jouer : Guide pratique pour la solution des problèmes comportementaux des enfants d'âge préscolaire.* Québec : Les publications du Québec.

Everett, C.A., & Everett, S. V. (1999). *Family Therapy for ADHD.* New York : Guilford Press.

Gagné, P.-P. (1999). *Pour apprendre à penser : trucs et astuces pour aider les élèves à gérer leur processus d'apprentissage.* Montréal : Chenelière/McGraw Hill.

Gagné, P.-P. (2001). *Être attentif : une question de gestion. Montréal : Chenelière/McGrawHill.*

Gauthier, L., & Poulin, N. (1985). *Savoir apprendre, Avoir le vent dans les voiles sans toujours étudier à la planche (2e ed. revue et augmentée).* Sherbrooke, Québec : Les Éditions de l'Université de Sherbrooke.

Gervais, J. (1996). *Le cousin hyperactif.* Montréal, Québec : Éditions du Boréal.

Gervais, Jean. (1998). *Des histoires pour se comprendre.* Collection Dominique. Vanier, Ontario : Centre Franco-Ontarien des Ressources Pédagogiques.

Gaumond, C., et al. (2003). *Programme Attention-Concentration et compétence sociale.* (Un recueil d'activités pour chacune des classes du primaire; site Internet : http://www.attentionconcentration.com; pour informations, Julie Gamache, 418-862-4266)

Haenggleli, C.H. (2002). *Toby et Lucy : deux enfants hyperactifs.* Genève, Suisse : Georg Éditeur. (Diffusé chez DPLU, tél. : 1-888-299-3940, courriel : dplu@dplu.qc.ca).

Kendall, P. C. (1992a). *Stop and Think Workbook.* Merion Station, PA : Woorkbooks, 2nd ed.

Kendall, P. C. (1992b). *Cognitive-behavioral Therapy for Impulsive Children : Treatment Manual.* Merion Station, PA : Woorkbooks.

Kendall, P.C., et Braswell, L. (1993). *Cognitive-Behavioral Therapy for Impulsive Children* (2nd ed.). New York : Guilford Press.

Le Chevalier, S. (1996). *L'enfant et la concentration : rééducation et contrôle cérébral selon le Docteur Roger Vittoz.* Paris : Le Courrier du livre.

Potvin, P., Massé, L., Beaudry, G., Beaudoin, R., Beaulieu, J., Guay, L. et St-Onge, B. (1995). *PARC : Programme d'auto-contrôle, de résolution de problèmes et de compétence sociale pour les élèves du primaire ayant des troubles du comportement* (2e édition revue et augmentée). Trois-Rivières, Québec : Université du Québec à Trois-Rivières et Commission scolaire de Trois-Rivières.

Potvin, P., Massé, L., Veillette, M., Goulet, N., Letendre, M. et Desruisseaux, M. (1995). *Prends le volant. Programme pour développer les habiletés sociales et l'auto-contrôle des adolescents ayant des troubles du comportement (2e édition revue et augmentée).* Trois-Rivières, Québec : Université du Québec à Trois-Rivières et Commission scolaire de Trois-Rivières.

Robin, A. L. (1998). *ADHD in adolescents : Diagnosis and treatment.* New York : Guilford Press.

Saint Mars, D., et Bloch, S. (1999). *Max est casse-cou.* (Collection Ainsi va la vie). Fribourg, Suisse : Calligram.

Saint Mars, D. et Bloch, S. (1999). *Max est dans la lune.* (Collection Ainsi va la vie). Fribourg, Suisse : Calligram.

Saint Mars, D. et Bloch, S. (1996). *Max est maladroit.* (Collection Ainsi va la vie). Fribourg, Suisse : Calligram.

Trudeau, H., Desrochers, C., Tousignant, J.-L. et al. (1997). *Et si un simple geste donnait des résultats…Guide d'intervention personnalisée auprès des élèves.* Montréal , Québec : Chenelière/McGraw-Hill.

Les annexes

Annexe I — Rôle du comité avisseur

1. Fournir son expertise pour influencer la mise en place de l'organisation de services pour les enfants atteints du trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité.

2. Soumettre des recommandations sur le déploiement de l'organisation de services (protocole d'évaluation et d'intervention inclus).

3. Contribuer à l'élaboration d'un modèle d'évaluation multimodal pour les enfants TDA/H.

4. Commenter le plan de formation à être déployé au sein des réseaux du MEQ et MSSS.

5. Soumettre des correctifs ou ajustements.

La représentativité

- 2 membres d'organismes communautaires
- 2 membres du MEQ
- 1 pédiatre
- 1 omnipraticien
- 1 représentant de l'Agence de la santé et services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- 1 chercheur de l'UQTR
- 2 représentants des CLSC
- le représentant du Centre professionnel de services psychosociaux.

Annexe 2 Le plan d'action 2004-2005

Mesures nationales : Suivre les connaissances et en assurer la diffusion

Objectifs régionaux	*Actions*	*Responsables*	*Échéancier*
Renseigner la population sur le TDA/H et sur les conséquences qu'il entraîne pour les jeunes visés et leurs parents.	S'assurer de la diffusion de la brochure d'information destinée aux parents, aux intervenants ainsi qu'à la population en général.	Agence de santé et des services sociaux et Direction régionale du MEQ.	Automne 2004
Assurer la mise à jour des connaissances du personnel des réseaux scolaire, de la santé et des services sociaux au sujet de ce trouble et des interventions appropriées.	Collaborer avec le département de psychoéducation de l'UQTR et la Clinique de l'attention de Rivière-des-Prairies pour l'amélioration des connaissances sur le TDA/H et les interventions les plus efficaces dans ce domaine.	Agence de santé et des services sociaux et Direction régionale du MEQ, en collaboration avec les instances locales et les commissions scolaires.	Septembre à juin 2005

Mesures nationales : Soutenir le personnel au regard de l'évaluation, du diagnostic, de l'intervention et du traitement

Objectifs régionaux	*Actions*	*Responsables*	*Échéancier*
Dresser un portrait régional des forces et des besoins des deux réseaux.	Assurer la disponibilité de ressources humaines, financières et matérielles.	Agence de santé et des services sociaux et la Direction régionale du MEQ.	Février 2004 à mars 2004 (réalisé)
Favoriser la formation du personnel des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux.	Soutenir l'élaboration et l'implantation d'un programme de formation (voir le tableau I Plan de formation, page 25).	Agence de santé et des services sociaux, Direction régionale du MEQ et département de psychoéducation de l'UQTR.	Automne 2004 à juin 2006

Mesures nationales : Favoriser l'accès aux ressources et la concertation des interventions

Objectifs régionaux	*Actions*	*Responsables*	*Échéancier*
Identifier la problématique du TDA/H comme étant un objet de concertation prioritaire.	Intégrer ce plan d'action régional aux travaux du comité tactique des services à la jeunesse. Créer un comité aviseur.	Agence de santé et des services sociaux et Direction régionale du MEQ.	Automne 2004

Mobiliser les gestionnaires et les intervenants des deux réseaux afin de favoriser une harmonisation des procédures d'évaluation et d'intervention multidimensionnelle ainsi que des façons de travailler ensemble.	Rencontrer, par territoire de commission scolaire, des gestionnaires et des intervenants des deux réseaux. Dans cette tournée, présenter pour consultation : le modèle des procédures d'évaluation, les plans d'action et de formation.	Agence de santé et de services sociaux et Direction régionale du MEQ.	Février 2004 (réalisé) Septembre 2004 à novembre 2004
Actualiser une démarche conjointe visant à favoriser l'accès aux ressources et la concertation.	S'assurer de l'adoption d'une procédure d'évaluation et d'un modèle d'intervention multidimensionnelle.	Centres de santé et de services sociaux et Commissions scolaires	Novembre 2004 à juin 2005
Favoriser, à l'échelle régionale et locale, la coordination des interventions.	Diffuser les pratiques gagnantes en matière de coordination des interventions.	Agence de santé et de services sociaux et Direction régionale du MEQ.	Automne 2004

Mesures nationales : Soutenir les parents			
Objectifs régionaux	*Actions*	*Responsables*	*Échéancier*
Offrir aux parents de l'information adaptée à leurs besoins au sujet du TDA/H et des ressources existantes.	Favoriser la participation des associations de parents au comité aviseur. S'assurer de la prise en compte de l'intervention auprès des parents dans le plan de formation.	Agence de santé et de services sociaux et Direction régionale du MEQ.	Février 2004 à juin 2005 (réalisé)
Favoriser le soutien aux associations existantes.	Faciliter la diffusion aux instances locales et aux commissions scolaires des différentes activités des associations.	Agence de santé et de services sociaux et Direction régionale du MEQ.	Avril 2005
Informer les parents de l'existence de la mesure soutien à la famille (répit dépannage et gardiennage); et toute autre mesure de soutien.	Effectuer un suivi annuel auprès des instances locales pour que la clientèle ayant un TDA/H soit incluse dans cette mesure de soutien.	Agence de santé et de services sociaux et centres de santé.	Avril 2005

Annexe 3 La problématique TDA/H

On constate une augmentation du nombre d'enfants et, plus récemment, d'adolescents et même d'adultes diagnostiqués comme ayant un TDA/H. La grande variabilité dans l'utilisation des critères diagnostiques, les diversités culturelles, les différentes méthodologies retenues dans les études ainsi que les données de prévalence varient considérablement. La plupart des auteurs s'entendent pour dire qu'entre 3 %et 6 % des enfants présenteraient suffisamment de manifestations pour répondre aux critères diagnostiques de TDA/H selon le DSM-IV. Dans une classe de 20 enfants, cela implique qu'on peut s'attendre à trouver au moins un enfant ayant ce problème. Traditionnellement, on a toujours dit que la fréquence était de 5 à 10 fois plus élevée chez les garçons. C'est sûrement vrai pour le trouble d'attention avec hyperactivité. Ce l'est probablement moins toutefois pour le trouble d'attention sans hyperactivité (Collège des médecins, 2001).

En 1992, selon l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes (Breton, 1993); le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité figurait parmi les sept problèmes de santé mentale les plus fréquents chez l'enfant d'âge scolaire. Le TDA/H est également parmi les deux problèmes le plus fréquemment identifiés chez les enfants dont le signalement est retenu par la DPJ (Tourigny et al., 2002).

La famille vivant avec un enfant ayant un TDA/H doit composer avec les difficultés découlant de cette problématique dont :

- l'attente pour réussir à obtenir des services médicaux,
- la pression provenant des systèmes extérieurs à la famille (l'école, la famille élargie, les amis, etc.),
- la non connaissance des interventions les plus appropriées envers l'enfant,
- le sentiment d'impuissance parentale,
- l'apparition des symptômes de dépression chez leur enfant.

Les parents, et plus particulièrement la mère d'un enfant ayant un déficit de l'attention, vivent un niveau de stress parental élevé (Johnson & Reader, 2002).

À court terme, les enfants TDA/H sont à risque de développer des problèmes liés à l'apprentissage, aux relations sociales avec les pairs ainsi qu'aux relations avec les adultes. À long terme, les enfants n'ayant pas reçu d'intervention de support sont à risque de développer certaines dépendances, dont l'alcoolisme et la toxicomanie, et d'adopter des comportements antisociaux.

Suite à l'accumulation d'échecs scolaires, de rejets répétés des pairs et d'interactions coercitives avec les adultes, ces jeunes développent une faible estime de soi. Une étude récente démontre une prévalence plus élevée de troubles psychiatriques chez cette clientèle que chez les enfants n'ayant pas ce diagnostic. Les troubles comorbides prédominants chez les jeunes TDA/H sont les troubles de l'humeur, comportements perturbateurs, troubles anxieux et toxicomanie. Les troubles dits internalisés (anxiété,

humeur) sont plus susceptibles de se développer chez les enfants de sous type inattention prédominante. Les troubles externalisés (opposition et trouble des conduites) se présentent chez les enfants de sous-type hyperactivité-impulsivité (Busch, Biederman, Glasser, 2002).

Pour les enfants de moins de cinq ans soupçonnés d'un TDA/H, les groupes parents enfants pour les 2-4 ans, l'aide en milieu familial, l'intégration et le maintien en milieu de garde, et le soutien aux compétences parentales sont à privilégier (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2001). Ces services sont actuellement dispensés par les CLSC, en collaboration avec les CPE qui sollicitent des services pour les enfants présentant des difficultés. Pour les enfants en bas âge, il existe le programme « Brindami » conçu par le Centre de Psychoéducation du Québec, qui vise le développement ou la consolidation des habiletés sociales de base, des habiletés de communication et des habiletés d'autocontrôle (C.P.E.Q., 2003). Il faut donc être prudent avec les enfants en bas âge présentant des signes d'impulsivité et d'agitation pour éviter de poser un diagnostic prématuré de TDA/H. Un diagnostic de TDA/H est trop difficile à confirmer à un si bas âge, car il faut tenir compte des variations dans le rythme de développement des enfants. Tous les enfants dont les symptômes d'impulsivité, d'hyperactivité, d'agressivité, d'anxiété ou de tristesse persistent à la suite des interventions préventives ayant été mises en place, doivent faire l'objet d'une évaluation plus approfondie. Cette évaluation servant à investiguer s'il y a présence d'un trouble développemental, médical ou psychiatrique.

Pour tout enfant âgé entre 5 et 11 ans, dont un intervenant soupçonne un TDA/H en bas âge, il serait souhaitable qu'il bénéficie, dans un premier temps, d'un programme préventif. Certains programmes déjà validés sont accessibles aux intervenants. Nous pensons ici, plus particulièrement, au programme « Fluppy », qui cible la prévention des troubles de comportements chez des enfants présentant des comportements d'agressivité et de turbulence et au programme « Reasonner », qui cible la promotion et le développement de l'estime de soi des enfants et des jeunes. Ces programmes offrent une intervention précoce intensive en partenariat avec le milieu scolaire. Dans ces programmes, un volet parent est prévu et une continuité de services est favorisée.

Annexe 4

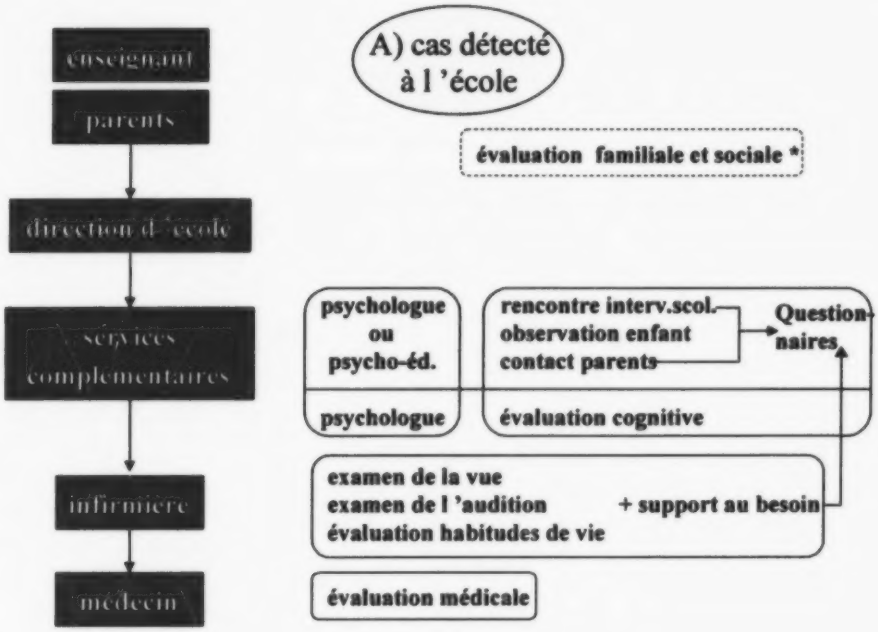
Évaluation multidisciplinaire

Source : Procédure d'évaluation diagnostique multidisciplinaire du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

Déficit de l'attention et hyperactivité
Procédure d'évaluation diagnostique multidisciplinaire

La forte médiatisation du syndrome du déficit de l'attention et de l'hyperactivité, depuis quelques années, conduit probablement à une hypersensibilité envers cette problématique de la part des divers acteurs appelés à côtoyer les jeunes. Les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux ainsi que ceux du domaine de l'éducation de notre territoire ont convenu de se doter d'une procédure d'évaluation diagnostique multidisciplinaire au regard de cette problématique. Même si cette procédure s'applique lorsqu'il y a suspicion du syndrome du déficit de l'attention et de l'hyperactivité, ceci ne signifie pas pour autant que l'on parte avec une idée préconçue du diagnostic. Chaque professionnel impliqué a la responsabilité d'envisager toute autre cause possible pouvant expliquer les symptômes présentés par le jeune et de faire tout ce qui est en son pouvoir pour en arriver à un bon diagnostic et un plan d'intervention adéquat.

Pour bien cerner les symptômes qui font habituellement penser au déficit de l'attention et l'hyperactivité, il est important de procéder à une évaluation multidisciplinaire. Trois principales portes d'entrée ont été envisagées. Vous trouverez ci-après la procédure suggérée par le groupe de travail pour la réalisation de cette évaluation, ainsi qu'un formulaire unique à utiliser par tous les intervenants impliqués.



Pour les cas détectés à l'école, les parents et l'enseignant ayant constaté des difficultés d'apprentissage et/ou de comportement chez un jeune font appel au directeur d'école afin d'obtenir une évaluation par les services complémentaires.

Dès que l'on a un doute sérieux quant à la possibilité d'un trouble du déficit de l'attention et/ou d'hyperactivité, on utilisera le formulaire d'évaluation diagnostique spécifique ci-joint. Le directeur de l'école ou le premier intervenant impliqué devrait faire signer l'autorisation des parents pour l'échange d'information entre les différents intervenants concernés.

L'évaluation comportementale est effectuée soit par le psychologue, soit par le psychoéducateur affecté à l'école fréquentée par l'enfant. Ceci comprend une rencontre de l'enseignant et des autres intervenants scolaires pertinents, des parents ainsi qu'une observation de l'enfant. Le questionnaire de Conners est remis à l'enseignant et aux parents. Lorsqu'il y a un doute sur la capacité des parents de remplir correctement ce questionnaire, l'infirmière du CLSC affectée à cette école peut les aider à le compléter. Il est important d'annexer les questionnaires de Conners complétés au formulaire d'évaluation multidisciplinaire pour que les autres intervenants impliqués puissent en prendre connaissance.

L'évaluation cognitive est réalisée par le psychologue. L'infirmière fait une évaluation de la vue, de l'audition et des habitudes de vie de l'enfant. Même si le schéma suggère une séquence linéaire, il est plus probable que cette évaluation s'effectuera en parallèle à l'évaluation réalisée aux services complémentaires.

Chaque professionnel complète sa partie du formulaire d'évaluation diagnostique multidisciplinaire, notant l'essentiel de ses observations et ses recommandations. Lorsqu'un suivi est prévu, l'intervenant peut indiquer les principales mesures qui sont mises en route. Il est important de dater et signer au niveau de chaque évaluation.

S'il semble y avoir une problématique particulière au niveau de la famille, une évaluation familiale et sociale pourra être requise. On suggérera alors aux parents de contacter le CLSC pour obtenir une évaluation. Il est à noter que l'intervenant social affecté au territoire où se trouve l'école fréquentée par le jeune sera contacté directement, sans passer par le service d'accueil–évaluation–orientation (AEO) du CLSC. Une fois cette démarche réalisée par les parents, l'infirmière remettra le formulaire d'évaluation déjà partiellement complété à l'intervenant social impliqué.

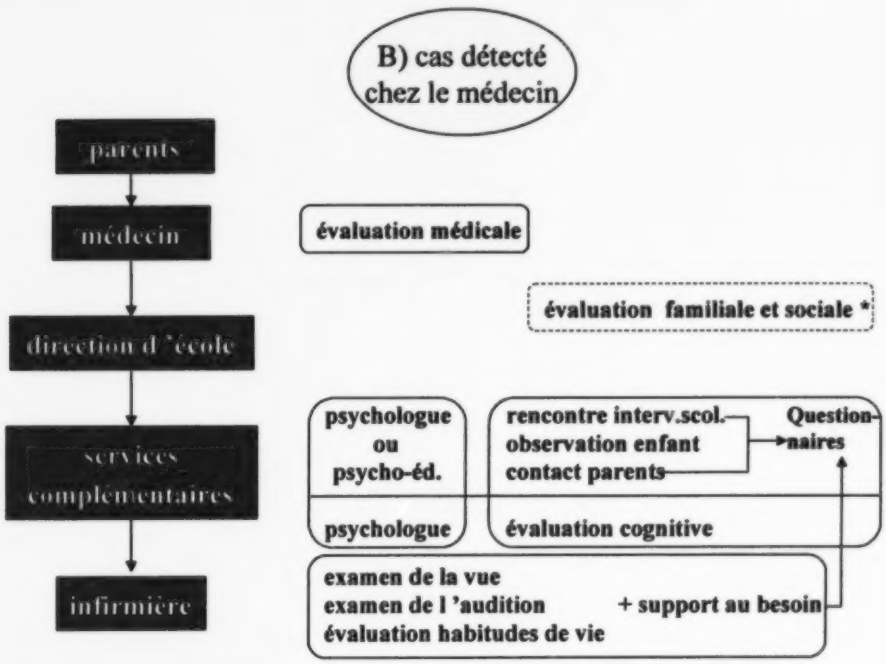
Le formulaire sera ensuite acheminé par courrier au médecin choisi par la famille pour évaluation médicale. Dans le cas où les informations recueillies sont concordantes et permettent de poser un diagnostic de déficit de l'attention et/ou d'hyperactivité, le formulaire d'évaluation est complété par le médecin et retourné au dossier de l'école.

C'est à l'intervenant qui a initié la démarche d'évaluation multidisciplinaire qu'il revient de faire la synthèse. Il s'agit de vérifier la concordance des informations recueillies par les différents évaluateurs. S'il y avait discordance au niveau de l'information diagnostique

recueillie ou désaccord au regard du diagnostic, il serait important qu'une rencontre des différents intervenants soit faite. Pour le cas détecté à l'école, c'est au directeur de l'école ou à un intervenant scolaire désigné par le directeur qu'il revient de convoquer et d'animer cette rencontre d'échanges.

S'il y a une bonne cohérence des informations et qu'un diagnostic de déficit de l'attention et/ou d'hyperactivité semble clair, ce constat est noté à la section "Synthèse" et une copie finale du formulaire d'évaluation est retournée à tous les intervenants qui ont coché la case "copie finale requise" (marge droite du rapport d'investigation).

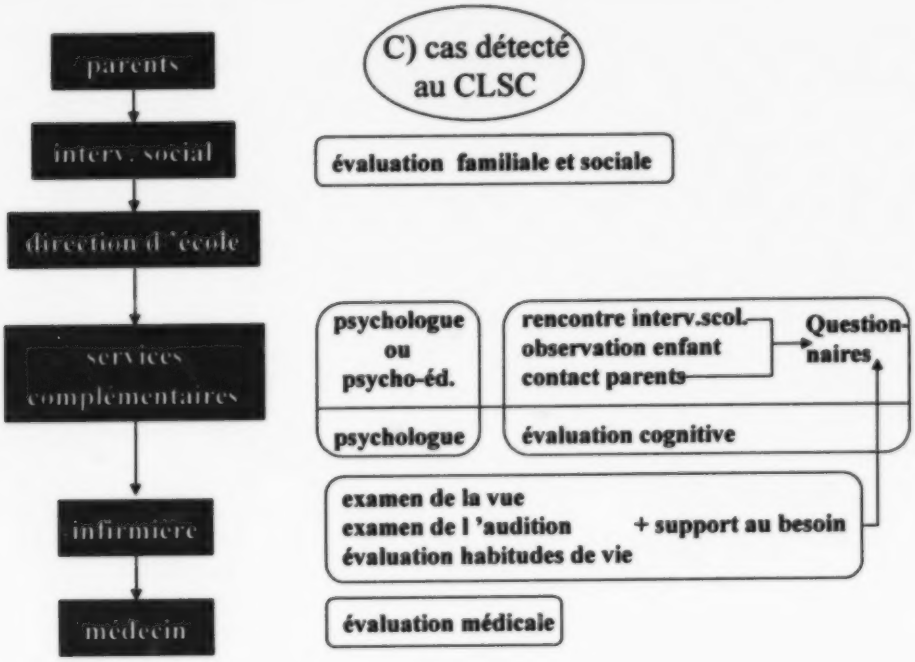
À ce stade, un plan d'intervention est généralement mis en branle en milieu scolaire. Dans l'éventualité où l'on a affaire à une problématique compliquée de plusieurs difficultés, on pourra faire appel aux services intégrés à la jeunesse selon les modalités convenues entre les organisations de notre territoire pour travailler en plan de services intégrés (PSI).



Lorsqu'un cas potentiel de déficit de l'attention et/ou d'hyperactivité est détecté au cabinet du médecin, une première évaluation médicale est réalisée. Le formulaire d'évaluation diagnostique multidisciplinaire est complété par le médecin après avoir obtenu l'autorisation écrite des parents pour l'échange d'information entre les intervenants concernés. Ce formulaire est acheminé par courrier au directeur d'école pour la poursuite de l'évaluation. Il est à noter que lorsqu'un jeune a été évalué par un spécialiste externe (ex. Ste-Justine), il arrive avec un diagnostic. La présente procédure ne s'applique donc pas, à moins que l'école souhaite une nouvelle évaluation.

Tout comme pour les cas détectés à l'école, s'il semble y avoir une problématique particulière au niveau de la famille, une évaluation familiale et sociale pourra être requise selon les modalités définies plus haut.

Le reste du déroulement de l'évaluation diagnostique est le même que pour les cas détectés à l'école. À la fin du processus, le formulaire sera retourné au médecin pour qu'il puisse compléter son diagnostic médical en tenant compte de l'ensemble de l'information évaluative. Ce sera lui qui complétera la section "synthèse" et qui retournera une copie finale du formulaire aux intervenants qui auront coché la case "copie finale requise".



La même démarche d'évaluation diagnostique multidisciplinaire peut être amorcée par un intervenant social du CLSC qui a un doute sérieux au regard de la possibilité d'un déficit de l'attention et/ou d'hyperactivité chez un de ses clients. C'est lui qui fera alors signer l'autorisation parentale à l'échange d'information diagnostique entre les intervenants concernés.

Une fois l'évaluation familiale et sociale complétée, l'intervenant social suggère aux parents de prendre un rendez-vous chez le médecin de leur choix. Il téléphone au directeur de l'école fréquentée par le jeune pour l'aviser de la demande d'évaluation qui lui sera faite. Le formulaire sera remis à l'infirmière du CLSC affectée à l'école fréquentée par l'enfant. Celle-ci pourra compléter son évaluation nursing et faire suivre le formulaire au directeur d'école pour compléter l'évaluation cognitive et comportementale par les services complémentaires.

Le reste du déroulement de l'évaluation diagnostique est le même que pour les cas détectés à l'école. À la fin du processus, le formulaire complété sera retourné à l'intervenant social qui a initié l'évaluation. Celui-ci fera la synthèse et verra à convoquer une rencontre multidisciplinaire si nécessaire. Il acheminera une copie finale du formulaire d'évaluation à tous les intervenants impliqués qui le désirent.

Il pourrait arriver que l'on suspecte pour la première fois un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez un jeune faisant partie de la clientèle du **Centre Jeunesse**. La marche à suivre est très similaire à celle pour les cas détectés au CLSC. L'intervenant social du Centre Jeunesse fait signer le formulaire d'autorisation aux parents ou au jeune. Une fois l'évaluation familiale et sociale complétée au Centre Jeunesse, l'intervenant social suggère aux parents de prendre un rendez-vous chez le médecin de leur choix. Il téléphone au directeur de l'école fréquentée par le jeune pour l'aviser de la demande d'évaluation qui lui sera faite. À la fin du processus, ce sera lui qui fera la synthèse et verra à convoquer une rencontre multidisciplinaire si nécessaire. Il acheminera une copie finale du formulaire d'évaluation à tous les intervenants impliqués qui le désirent.

Évaluation multidisciplinaire

TDAH

Identification du jeune

Nom: _____ Prénom: _____

Sexe: ___ Date de naissance: ______ École: _____

Nom des parents: père: _____ mère: _____

Téléphone des parents: domicile _____ travail _____

Madame, Monsieur,

Pour pouvoir aider le plus possible votre enfant face à ses difficultés, il est essentiel d'avoir recours à une évaluation multidisciplinaire, c'est-à-dire d'obtenir l'opinion de plusieurs types d'intervenants. Cette concertation entre différents intervenants permettra de bien comprendre votre enfant et de mieux l'aider.

Nous avons donc besoin de votre collaboration afin d'autoriser les intervenants concernés à procéder à leur évaluation respective et à échanger de l'information clinique pertinente. Il est entendu que cette démarche auprès de votre enfant se fera dans le respect de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels de même que dans le respect du code de déontologie des intervenants concernés.

J'autorise _____ à amorcer la démarche d'évaluation multidisciplinaire et à accorder le suivi nécessaire à mon enfant.

J'autorise aussi

- ☐ le CLSC du Centre-de-la-Mauricie
  - ☐ infirmière ☐ intervenant social
- ☐ la Commission scolaire de l'Énergie
- ☐ le médecin _____
- ☐ autre établissement _____
- ☐ autre établissement _____
- ☐ autre établissement _____

à procéder à leur évaluation respective et à s'échanger l'information nécessaire pour poser un bon diagnostic et planifier la meilleure intervention possible.

Signature des parents ou tuteurs: _____

Signature de l'intervenant: _____ Date: _____
(qui initie la démarche d'évaluation multidisciplinaire)
Nom (lettres moulées) :_____ Tél : _____
Organisation : _____ Fax : _____

IMPORTANT

Afin de permettre au médecin de fixer un rendez-vous le plus tôt possible après la fin de l'évaluation en milieu scolaire, SVP indiquer la date prévue de fin de cette évaluation :_____

copie finale requise

Évaluation nursing

Dépistage visuel:	☐ réussi	☐ difficulté :	Autres observations :
Dépistage auditif :	☐ réussi	☐ difficulté :	
Alimentation :	☐ adéquate	☐ inadéquate :	
Sommeil :	☐ adéquat	☐ inadéquat :	
Activité physique :	☐ suffisante	☐ insuffisante :	
Attention/concentration à l'entrevue :			
		Signature:	Date: ☐

Évaluation cognitive

Évaluation intellectuelle	Évaluation des apprentissages
Potentiel :	Rendement scolaire :
Forces :	Forces :
Faiblesses :	Faiblesses :
Attention/concentration :	Attention/concentration :
Planification/organisation :	Effort/motivation :
Mémoire :	Signature: Date: ☐

Évaluation comportementale

Comportement en classe :
Relations sociales :
Aspect particulier :
Questionnaires : ☐ parents ☐ enseignant(e) ☐ autre complétés Interprétation faite : ☐ Signature: Date: ☐

Évaluation parentale

Échelle de stress parental							Autres observations :
Stress lié aux caractéristiques enfant				Stress lié aux caractéristiques parent			
	Élevé	moyen	faible		Élevé	moyen	faible	
Adaptabilité :	☐	☐	☐	Épuisement :	☐	☐	☐	
Exigence :	☐	☐	☐	Attachement :	☐	☐	☐	
Humeur :	☐	☐	☐	Exigence du rôle	☐	☐	☐	
Agitation :	☐	☐	☐	Relation conjug.	☐	☐	☐	
Acceptabilité :	☐	☐	☐	Frustration :	☐	☐	☐	
Renforcement :	☐	☐	☐	Isolement social:	☐	☐	☐	
				État de santé :	☐	☐	☐	Signature: Date: ☐

Évaluation médicale

État de santé:

diagnostic	médication
☐ TDA	☐ non requise ☐ requise
☐ TDAH	☐ à envisager plus tard
☐ trouble d'opposition	☐ prescrite :
☐ autre :	☐ parents réticents ☐ refus des parents
	Signature: Date: ☐

Information des parents à la fin du processus: ☐ rencontre ☐ téléphone ☐ aucune

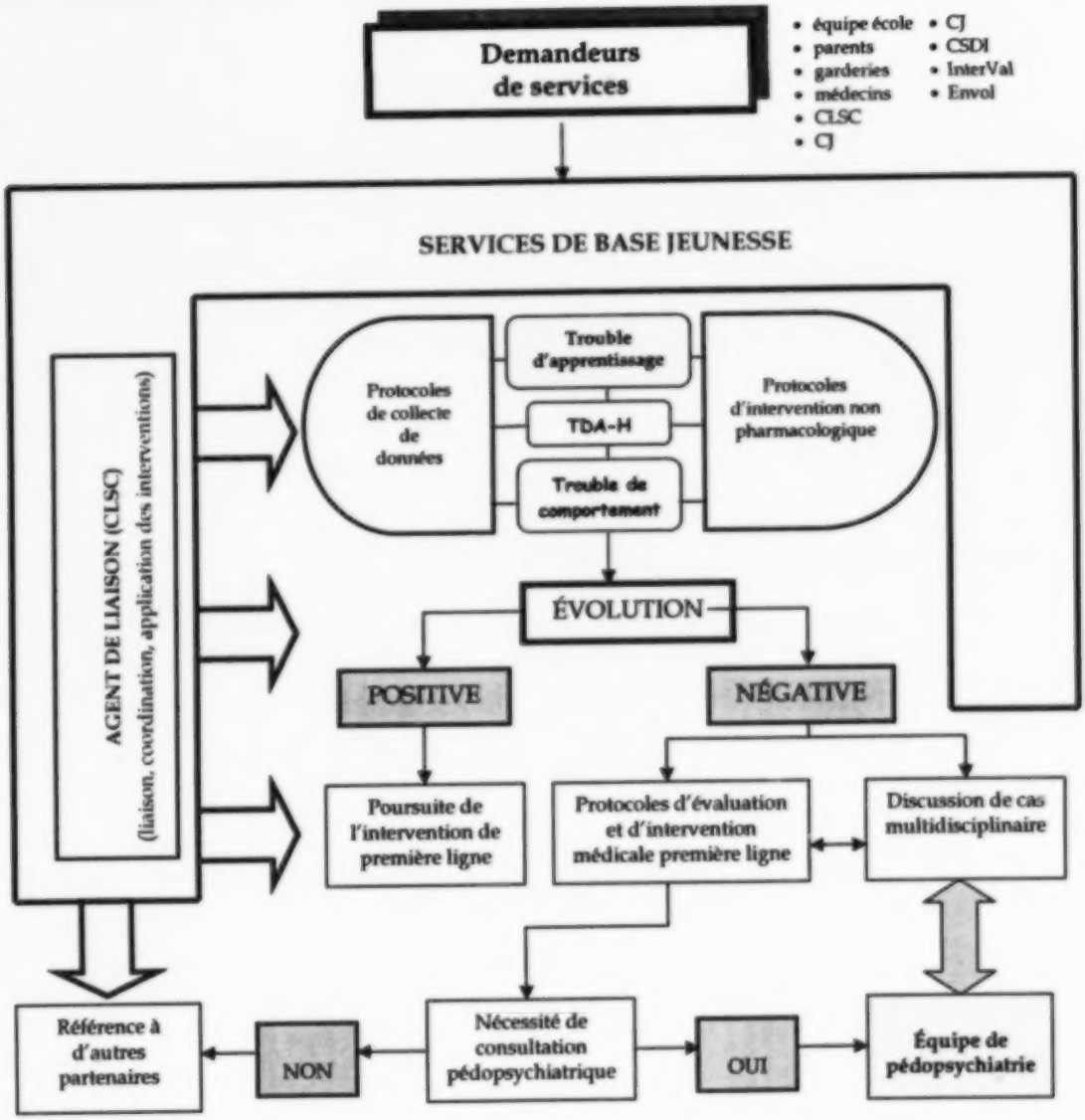
Rencontre multi requise: oui ☐ non ☐

Signatude de l'intervenant: _____ Date: _____
(celui *qui a initié la démarche d'évaluation multidisciplinaire)*

Annexe 5

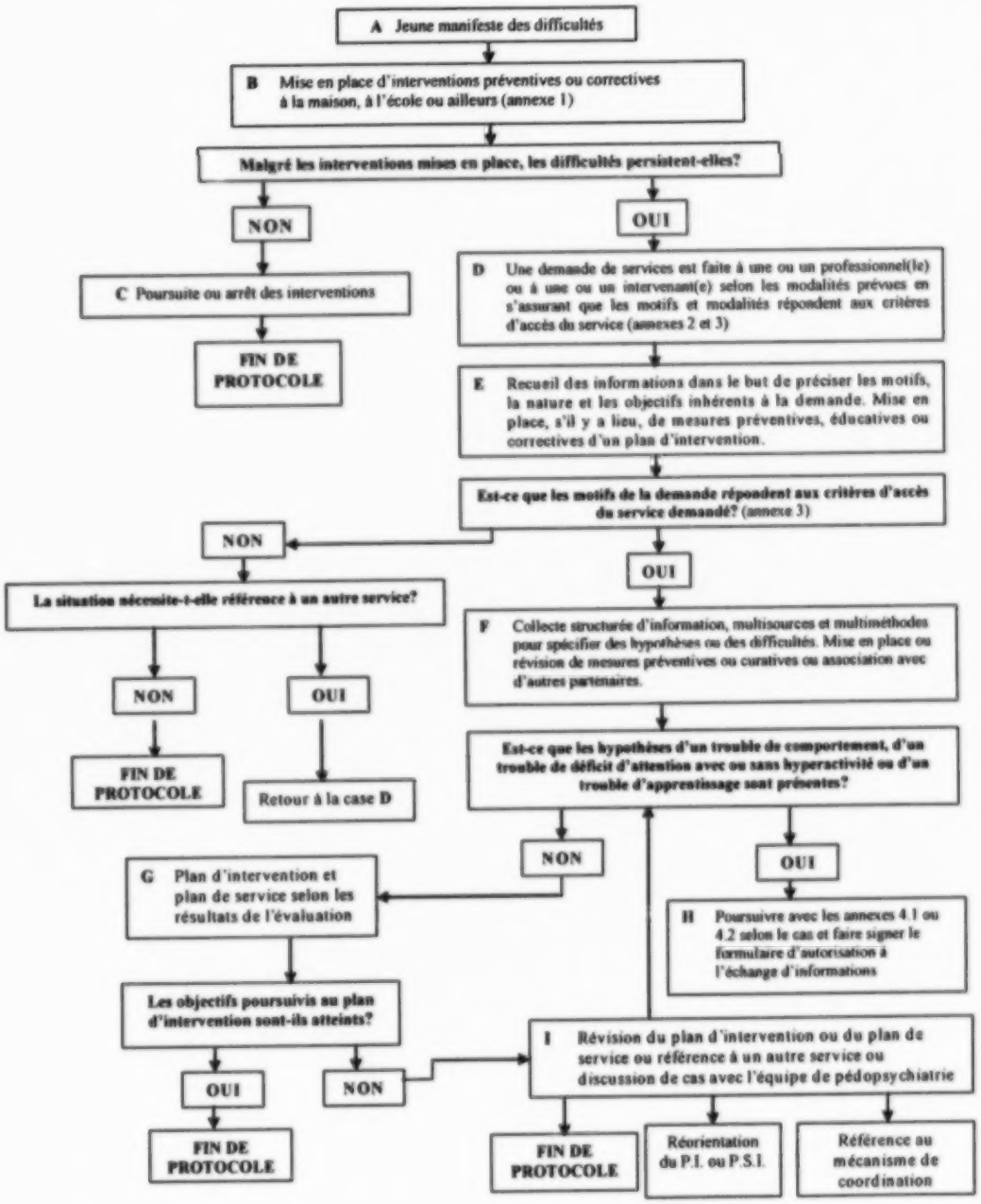
Suivi systématique

Source : Suivi systématique jeunesse des Bois-Francs

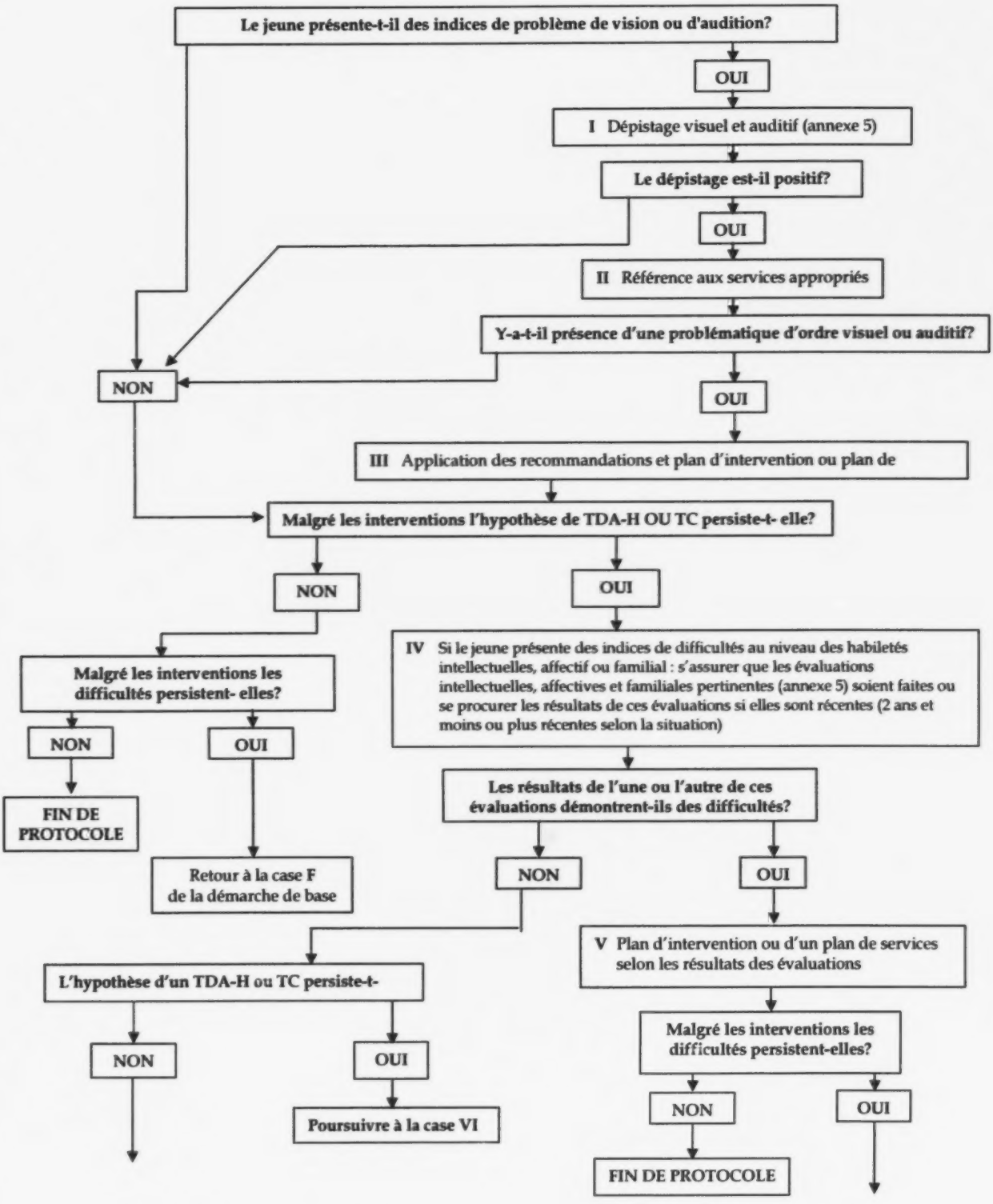


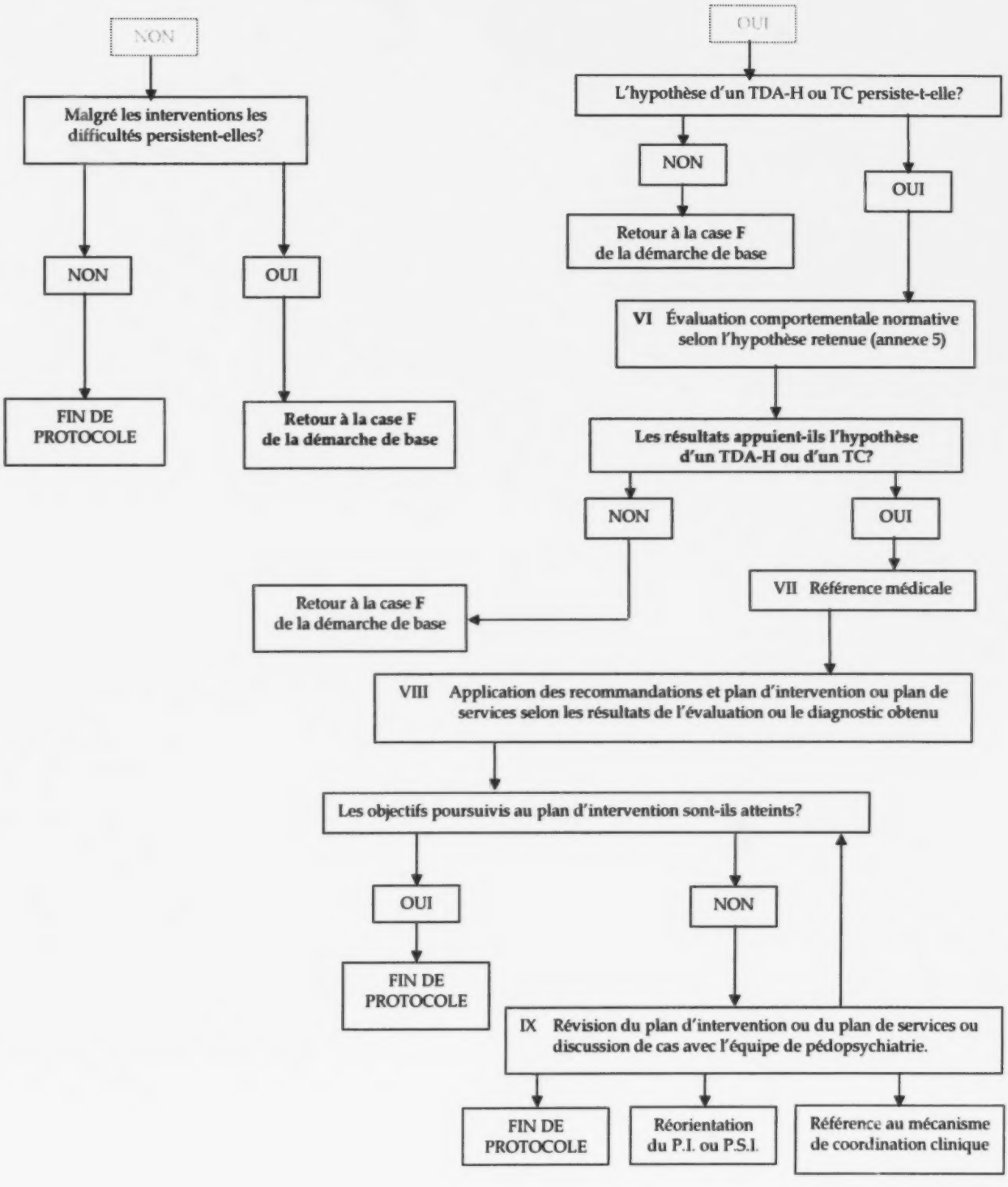
N.B. : Toute situation pour la clientèle hors territoire doit faire l'objet d'une entente entre les partenaires

SUIVI SYSTÉMATIQUE : DÉMARCHE DE BASE

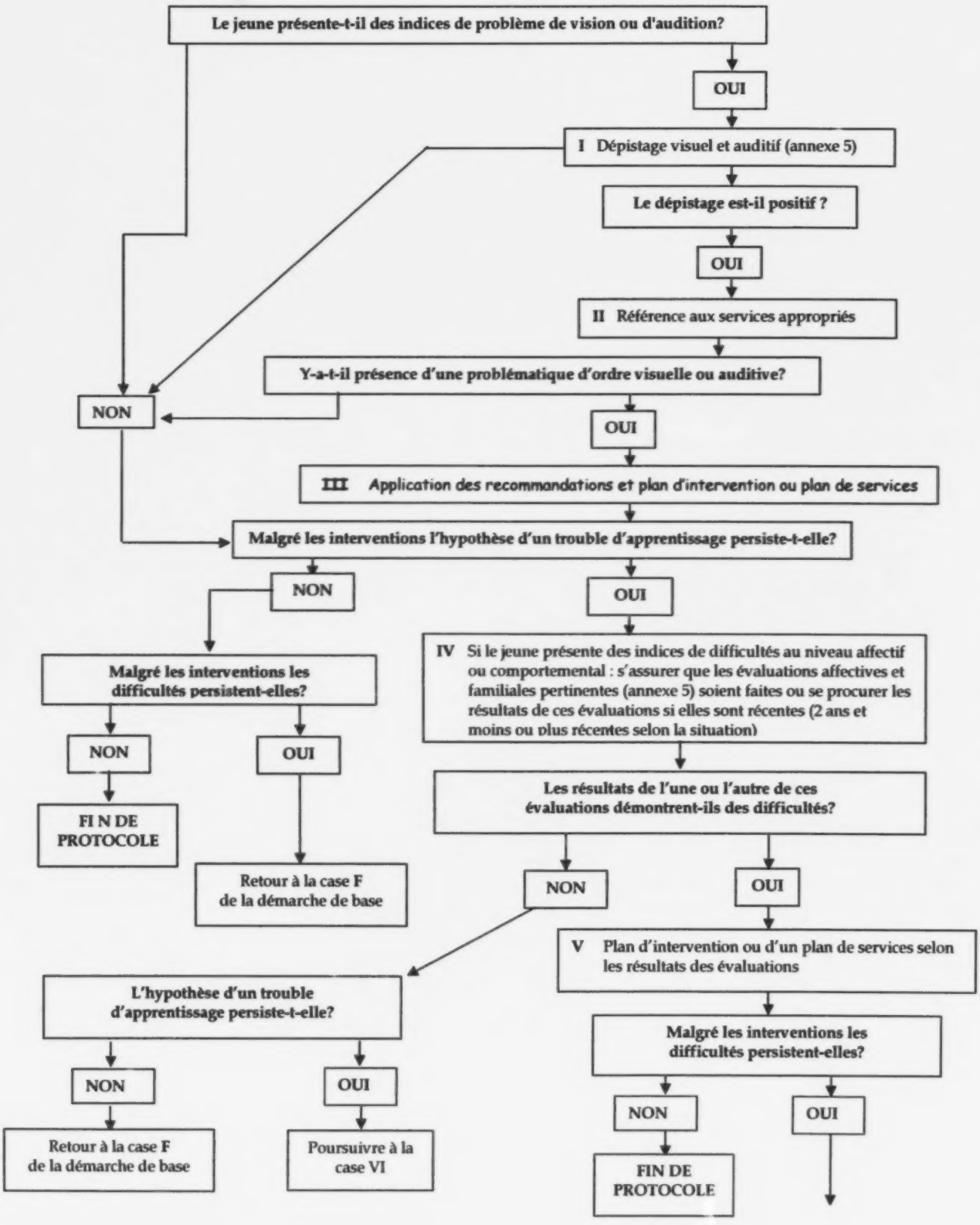


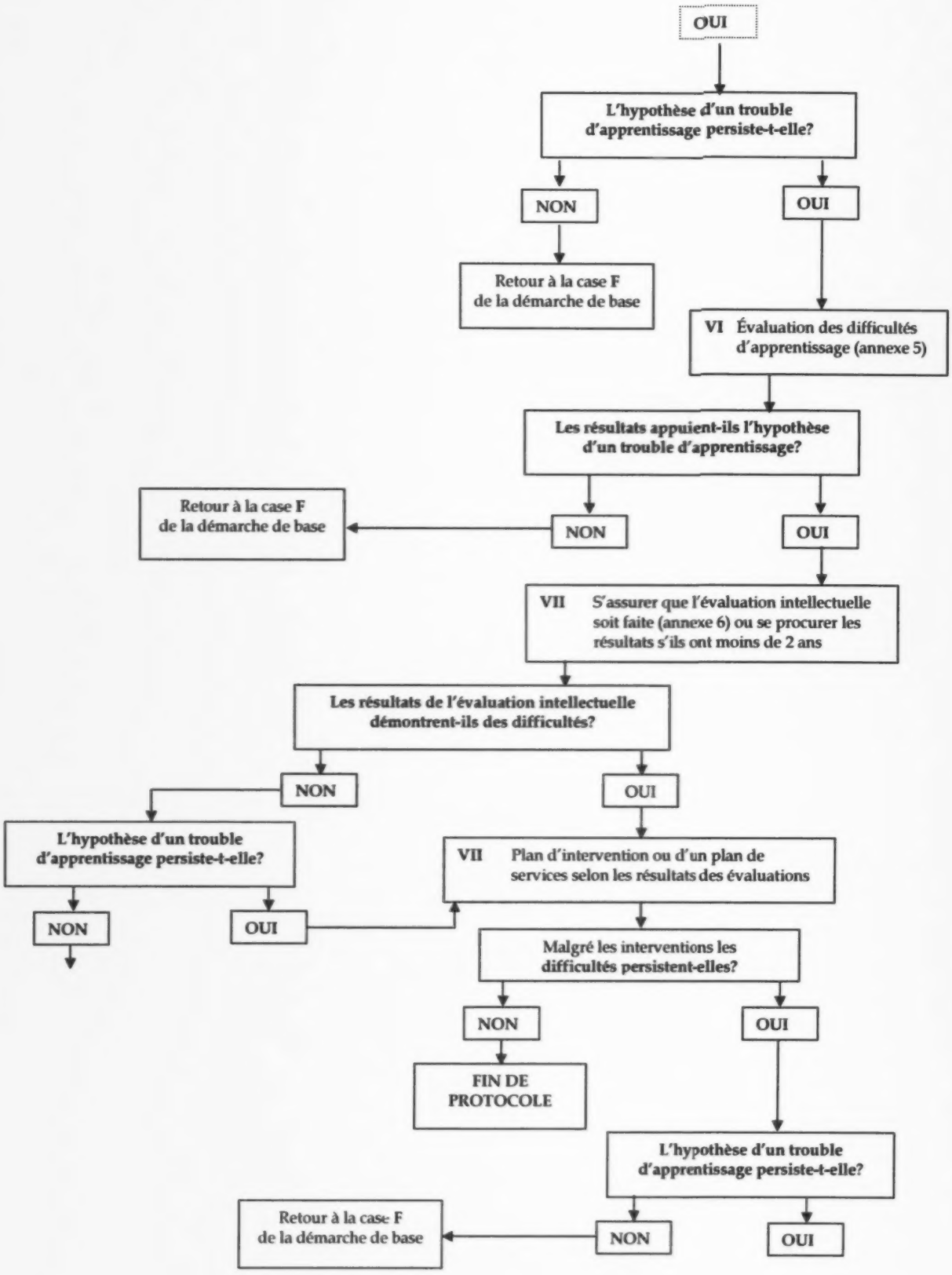
ÉVALUATION NORMATIVE POUR LES JEUNES PRÉSENTANT UNE HYPOTHÈSE DE TDA-H OU TROUBLE DE COMPORTEMENT

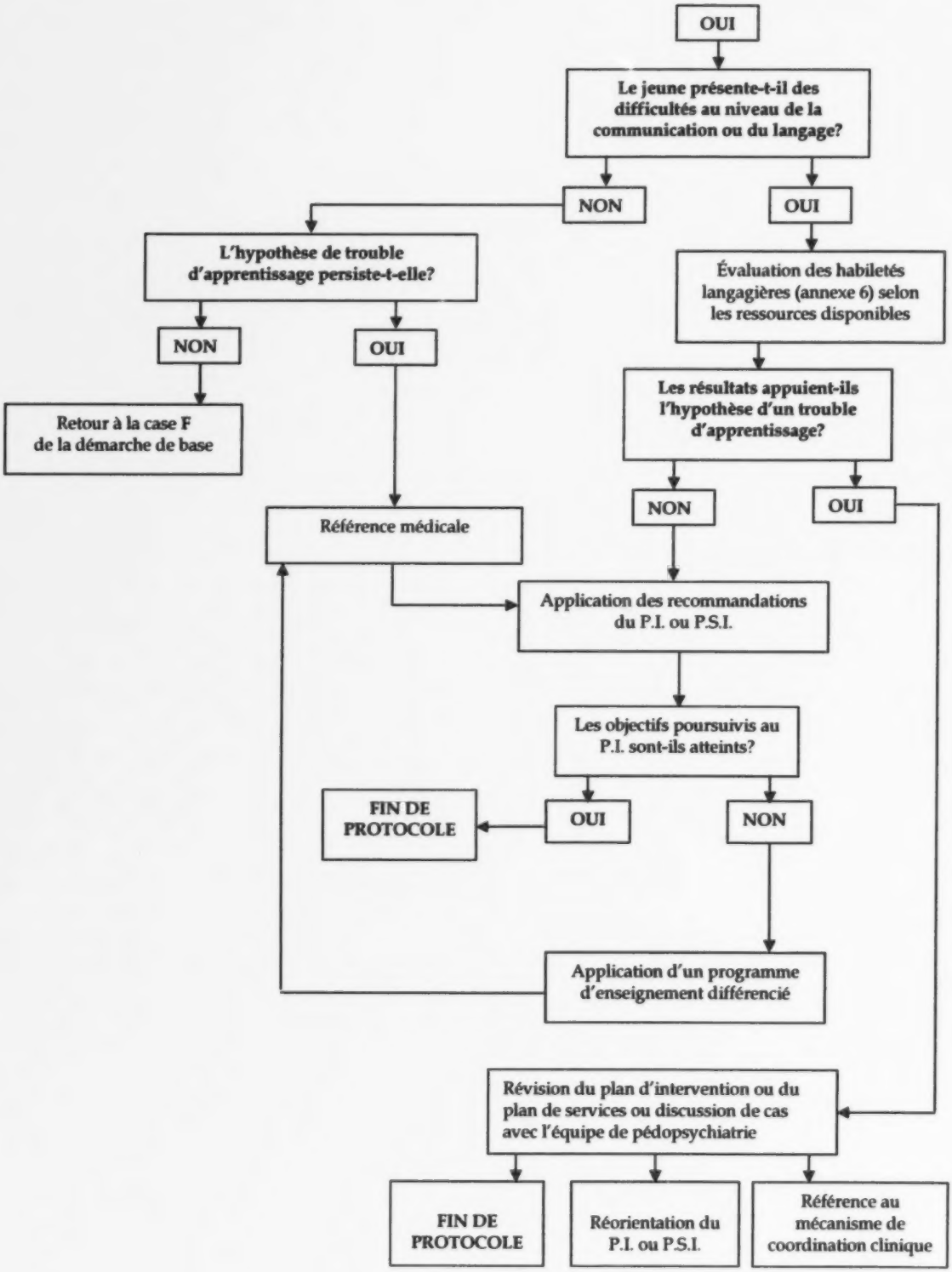



NON
Malgré les interventions les difficultés persistent-elles?
NON
OUI
FIN DE PROTOCOLE
Retour à la case F de la démarche de base
OUI
L'hypothèse d'un TDA-H ou TC persiste-t-elle?
NON
OUI
Retour à la case F de la démarche de base
VI Évaluation comportementale normative selon l'hypothèse retenue (annexe 5)
Les résultats appuient-ils l'hypothèse d'un TDA-H ou d'un TC?
NON
OUI
Retour à la case F de la démarche de base
VII Référence médicale
VIII Application des recommandations et plan d'intervention ou plan de services selon les résultats de l'évaluation ou le diagnostic obtenu
Les objectifs poursuivis au plan d'intervention sont-ils atteints?
OUI
NON
FIN DE PROTOCOLE
IX Révision du plan d'intervention ou du plan de services ou discussion de cas avec l'équipe de pédopsychiatrie.
FIN DE PROTOCOLE
Réorientation du P.I. ou P.S.I.
Référence au mécanisme de coordination clinique

ÉVALUATION NORMATIVE POUR LES JEUNES PRÉSENTANT UNE HYPTHÈSE D'UN TROUBLE D'APPRENTISSAGE




OUI
L'hypothèse d'un trouble d'apprentissage persiste-t-elle?
NON
OUI
Retour à la case F de la démarche de base
VI Évaluation des difficultés d'apprentissage (annexe 5)
Les résultats appuient-ils l'hypothèse d'un trouble d'apprentissage?
Retour à la case F de la démarche de base
NON
OUI
VII S'assurer que l'évaluation intellectuelle soit faite (annexe 6) ou se procurer les résultats s'ils ont moins de 2 ans
Les résultats de l'évaluation intellectuelle démontrent-ils des difficultés?
NON
OUI
L'hypothèse d'un trouble d'apprentissage persiste-t-elle?
VII Plan d'intervention ou d'un plan de services selon les résultats des évaluations
NON
OUI
Malgré les interventions les difficultés persistent-elles?
NON
OUI
FIN DE PROTOCOLE
L'hypothèse d'un trouble d'apprentissage persiste-t-elle?
Retour à la case F de la démarche de base
NON
OUI


OUI
Le jeune présente-t-il des difficultés au niveau de la communication ou du langage?
NON
OUI
L'hypothèse de trouble d'apprentissage persiste-t-elle?
Évaluation des habiletés langagières (annexe 6) selon les ressources disponibles
NON
OUI
Retour à la case F de la démarche de base
Les résultats appuient-ils l'hypothèse d'un trouble d'apprentissage?
NON
OUI
Référence médicale
Application des recommandations du P.I. ou P.S.I.
Les objectifs poursuivis au P.I. sont-ils atteints?
FIN DE PROTOCOLE
OUI
NON
Application d'un programme d'enseignement différencié
Révision du plan d'intervention ou du plan de services ou discussion de cas avec l'équipe de pédopsychiatrie
FIN DE PROTOCOLE
Réorientation du P.I. ou P.S.I.
Référence au mécanisme de coordination clinique

Hôtel-Dieu d'Arthabaska

CLSC CHSLD de l'Érable

Commission scolaire des Bois-Francs

Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

CLSC Suzor-Coté

AIDE-MÉMOIRE POUR LES JEUNES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES DE TDA-H

Date : _____	**Nom (enfant) :** _____
Intervenant : _____	**Parent :** _____
Lieu : _____	

PROBLÈME DE VISION/AUDITION	***CONCLUSION***
NON ☐ **OUI** ☐ Dépistage visuel/auditif : _____ Intervenant : _____ Date :	

INDICES DE DIFFICULTÉS AU NIVEAU DES HABILETÉS INTELLECTUELLES	**CONCLUSION**
NON ☐ **OUI** ☐ Évaluation cognitive : _____ Intervenant : _____ Date : _____	

INDICES DE DIFFICULTÉS D'ORDRE AFFECTIF	***CONCLUSION***
NON ☐ **OUI** ☐ Évaluation affective : _____ Intervenant : _____ Date : _____	

INDICES DE DIFFICULTÉS D'ORDRE FAMILIAL	***CONCLUSION***
NON ☐ **OUI** ☐ Évaluation psychosociale/familiale : _____ Intervenant : _____ Date : _____	

L'HYPOTHÈSE D'UN TDA-H PERSISTE-T-ELLE ? → VERSO

L'HYPOTHÈSE D'UN TDA-H PERSISTE-T-ELLE?	*CONCLUSION*
NON ☐ Retour au plan d'interventions et au plan de services OUI ☐ Test : Intervenant : _____ Date :	

LES RÉSULTATS APPUIENT-ILS L'HYPOTHÈSE D'UN TDA-H?	*CONCLUSION*
NON ☐ Retour au plan d'interventions et au plan de services OUI ☐ Plan d'interventions ou plan de services selon les résultats de l'évaluation Intervenant : _____ Date :	

LES OBJECTIFS POURSUIVIS AU PLAN D'INTERVENTIONS SONT-ILS ATTEINTS?	*CONCLUSION*
NON ☐ Révision du plan d'interventions ou du plan de services ou discussion de cas avec équipe pédopsychiatrique (orientations proposées ou envisager évaluation médicale) OUI ☐ Fin du protocole Intervenant : _____ Date :	

Source : Suivi systématique jeunesse des Bois-Francs
Approuvé : 2003.12.
Modifié : 2004.09

Types d'évaluation par professions et par établissements pour les hypothèses de TDA-H, trouble de comportement et trouble d'apprentissage

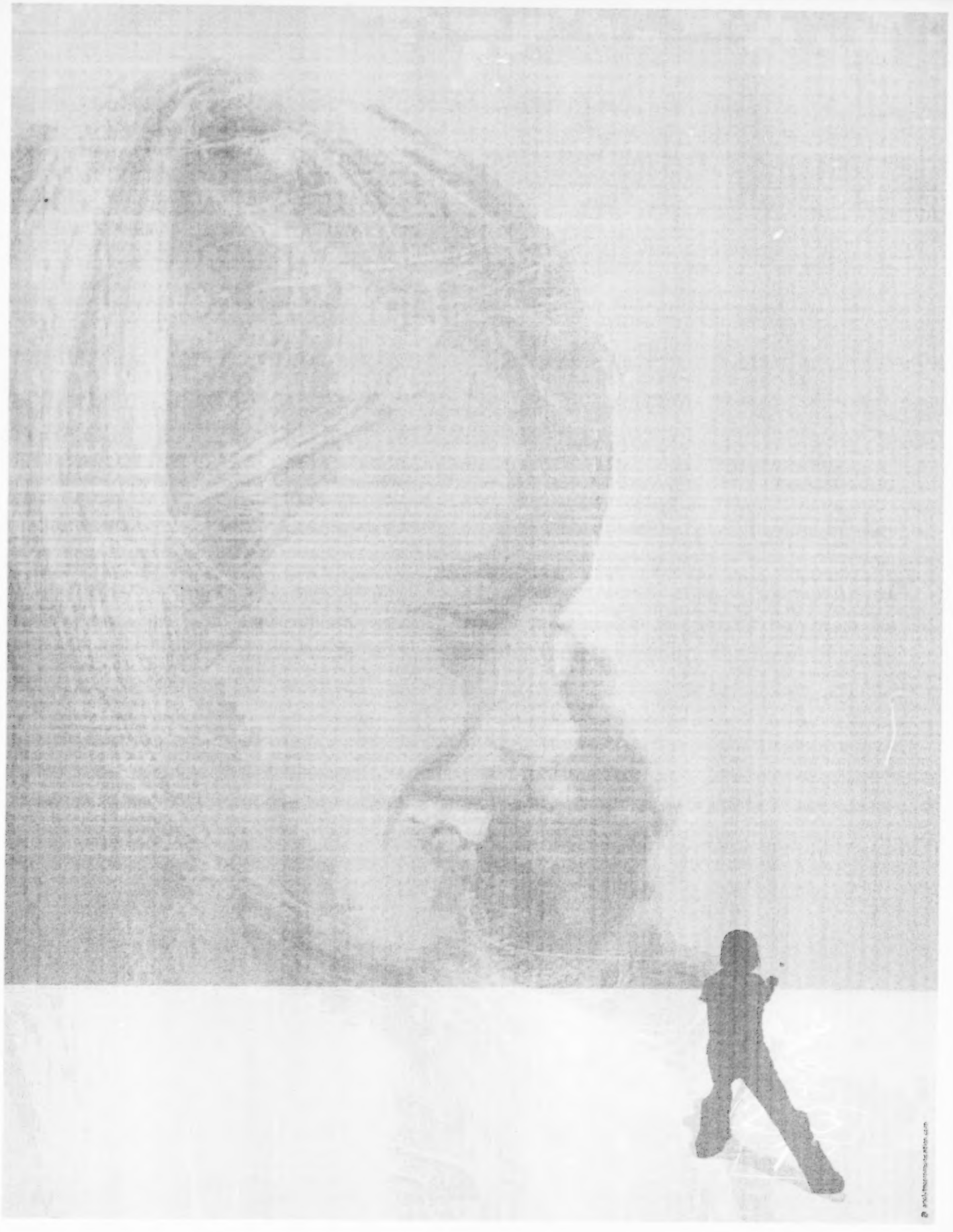
Se référer aux modalités pour une demande de services et aux critères d'accès des services professionnels (annexes 2 et 3)

Domaine d'évaluation	Familial, scolaire, social, santé physique, psychologie, psychosocial
Sources	Jeunes, pairs, parents, enseignants, professionnels, autres
Évaluation normative	• Conners-R, Inventaire de dépression de Beck (BDI), Index de stress parental (ISP) • Achenback, Échelle des dimensions comportementales (EDC), Inventaire de personnalité (MMPI), Inventaire de personnalité pour adolescent (MACI), Jesness, Patte Noire, Roberts, Rorschach, Test d'aperception thématique (TAT), Test d'aperception thématique pour enfants (CAT), Village imaginaire • Épreuves graphiques (personne, famille, gribouillis, Maison-Arbre-Chemin (MAC) • Leiter-R, Standford Binet, WPPSI-R, WISC-III
Évaluation fonctionnelle	Évaluation psychosociale, démarche d'évaluation des difficultés d'apprentissage de la lecture (DÉDAL), dépistage auditif, dépistage visuel Entrevues, observations, sociogramme, discussion de cas

Milieu d'évaluation / Outils d'évaluation	Orthopédagogie en milieu scolaire	Orthophonie en milieu scolaire	Psychologie CLSC Suzor-Coté	Psychoéducation en Centres jeunesse	Psychoéducation en milieu scolaire	Psychologie au CLSC-CHSLD de l'Érable	Psychologie en Centres jeunesse	Psychologie en milieu scolaire	Psychologie en milieu hospitalier	Service santé en milieu scolaire du CLSC-CHSLD de l'Érable	Service social en milieu scolaire du CLSC-CHSLD de l'Érable	Service social en Centres jeunesse	Service social en milieu scolaire au CLSC Suzor-Coté	
DÉPISTAGES														
Dépistage auditif										x				
Dépistage visuel										x				
ÉVALUATIONS AFFECTIVES														
BDI (12-18 ans)						x								
CAT (3-12 ans)							x		x					
Épreuves graphiques							x							
Jesness (10-18 ans)							x					x		
MACI (12-18 ans)									x					
MMPI (12-18 ans)							x							
Patte Noire (version enfant)						x	x		x					
Roberts								x*						
Rorschach									x					
TAT (12-18 ans)							x		x					
Village imaginaire							x							

*** : perfectionnement à venir**

MILIEU D'ÉVALUATION / OUTILS D'ÉVALUATION	ORTHOPÉDAGOGIE EN MILIEU SCOLAIRE	ORTHOPHONIE EN MILIEU SCOLAIRE (SELON LA RESSOURCE DISPONIBLE)	PSYCHOLOGIE CLSC SUZOR-COTÉ	PSYCHOÉDUCATION EN CENTRES JEUNESSE	PSYCHOÉDUCATION EN MILIEU SCOLAIRE	PSYCHOLOGIE AU CLSC-CHSLD DE L'ÉRABLE	PSYCHOLOGIE EN CENTRES JEUNESSE	PSYCHOLOGIE EN MILIEU SCOLAIRE	PSYCHOLOGIE EN MILIEU HOSPITALIER	SERVICE SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE DU CLSC-CHSLD DE L'ÉRABLE	SERVICE SOCICAL EN MILIEU SCOLAIRE DU CLSC-CHSLD DE L'ÉRABLE	SERVICE SOCIAL EN CENTRES JEUNESSE	SERVICE SOCIAL EN MILIEU SCOLAIRE AU AU CLSC SUZOR-COTÉ	
ÉVALUATIONS AU NIVEAU DE LA COMMUNICATION														
ÉVALUATIONS COMPORTEMENTALES														
ACHENBACK								x *						
CONNERS-R (3-18 ANS)					x *		x	x *						
E.D.C. (12-18 ANS)					x			x						
JESNESS (10-18 ANS)				x			x					x		
ÉVALUATIONS DES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE														
TROUSSE D'ÉVALUATION EN LECTURE ** C.S. DES DRAVEURS	x													
EXAMEN DIAGNOSTIQUE DE LA LECTURE ** C.S. JACQUES-CARTIER	x													
ÉVALUATIONS FAMILIALES														
ÉPREUVES GRAPHIQUES							x							
ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE				x		x					x	x	x	
ISP						x	x							
ÉVALUATIONS INTELLECTUELLES														
LEITER R								x						
STANFORD BINET							x							
WISC-III (3-18 ANS)							x	x						
WPPSI-R (2-6½ ANS)							x	x						

* **perfectionnement à venir**

** **à utiliser selon la démarche DÉDAL**